

# 胃内視鏡検査を受診される方へ



ご記入ください

## 胃内視鏡検査受診同意書

胃組織検査に関するインフォームドコンセント（説明と同意）

以下についてご確認ください、同意欄にご署名をお願いいたします。

1

### 胃組織検査の内容

胃内視鏡検査中に医師が必要と判断した場合、組織検査（胃粘膜の一部を鉗子でつまんで行う病理検査）を行うことができます。組織検査の後、ごくまれに後出血（いったん止血した後に再び出血すること）が起こることがあります。

2

### 検査料金について

組織検査の料金は別料金となります。

これらの検査は保険適用となるため、費用は健康保険によって異なります。

自己負担割合が1～3割の場合、およそ1,000 円～7,500円程度となります。



同意欄  
（受診者記入欄）

以下のどちらかに✓を入れ、ご署名をお願いいたします。

●医師が必要と判断した場合、検査することに

☐ 同意します

☐ 同意しません

※同意いただけない場合は胃組織検査は行いません。

令和    年    月    日

氏名（自筆）

\_\_\_\_\_



No. \_\_\_\_\_

スタッフ確認欄 ☐