

このたび、下部消化管内視鏡（大腸カメラ）検査を受けるに当たり、

1. 目的と必要性
2. 検査前日および当日の注意事項
3. 検査後の注意点
4. 偶発症
5. 代替可能な検査

について説明を受け、納得いたしました。

同検査および治療の実施について同意いたします。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (署名)

緊急連絡先 (TEL) _____ (続柄)

患者様が未成年である場合は親権者が、また患者様が自分で記載できない場合は代理人がご署名ください。

(親権者または代理人) (本人との続柄: _____)

住所 _____

氏名 _____ (署名)

大腸カメラ検査およびポリープ切除術

当日の下剤内服→**自宅・来院**

同日に**胃カメラ**→**あり・なし**

検査日時: _____ 月 _____ 日 () 午前 _____ 時 _____ 分

裏面の同意書にご署名のうえご持参ください。

事前に整腸剤を服用していただきます。

ビオフェルミン 3錠 分3 毎食後 7日前から

便秘の方は、3日前より下記の薬を服用していただきます。

マグミット 3錠 分3 毎食後 3日前から

センノサイド 2錠 分1 眠前 3日前から

抗凝固剤(血をサラサラにする薬)を服用されている方へ

ポリープ切除の際、出血のリスクがありますので

_____ を _____ 月 _____ 日から服用を中止してください。

※予約変更が必要な方は、検査当日までに当院にお電話ください。

検査当日のキャンセルや、予約時間に遅れられる場合は必ずご連絡ください。

(診察時間の関係上、検査ができないことがあります。)

おおよその検査費用(保険適応 3割負担の場合)

大腸内視鏡検査	約 6,000 円
病理組織検査を施行した場合	+約 5,000~12,000 円
大腸ポリープ切除術を施行した場合	+約 20,000~25,000 円
合計	約 6,000~ 30,000 円
※胃カメラも同日に行なう場合	約 10,000~ 45,000 円

※クレジットカードは使えませんので、現金をご用意ください。

 **森ノ宮胃腸内視鏡 ふじたクリニック**

〒540-0003 大阪府大阪市中央区森ノ宮中央ビエラ森ノ宮3F

TEL 06-6910-7140