

胃内視鏡検査（検査承諾書）

氏名	殿	カルテ番号	
検査日	月 日 曜日	午前 ・ 午後	です
検査時間	午前 ・ 午後	時	分までにご来院ください

検査は予約制になっておりますので、都合が悪くなった方は前もってご連絡ください。

※ 希望のある方は、緊張を和らげるための眠くなる薬（鎮静剤）を使用できます。

鎮静剤を希望される方は、検査当日は車の運転や機械操作はしないでください。

鎮静剤の使用を 希望する ・ 希望しない

※ 検査時に鎮静剤を使用した場合、当日は終日事故予防のため車、オートバイ、自転車などご本人が運転することができませんので他の交通機関をご利用ください。もしくはご家族の運転でご来院ください。また検査後に重要な判断を要する仕事は避けてください。

【抗凝固剤・抗血小板剤を内服されている方】

(バイアスピリン、パナルジン、ワーファリン、プレタール、プラビックスなど)

薬剤名： _____

内服を 休薬しない ・ 休薬する _____ 月 _____ 日から

◆◆ 検査承諾書 ◆◆

検査に関して理解しましたので、その実施を承諾いたします。なお、当該医療行為中に診療上変更が必要となった際は、変更ならびにその説明が事後になることも承諾いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 御本人署名： _____ ㊞

代理人御署名： _____ ㊞

(続柄： _____)