

ID:
名前:

【生検】異常が見つかった場合、または、異常を疑う場合

☐ 生検を希望します

※ 約4,000円～15,000円(1～3臓器／保険診療)

※ 保険証をお忘れの方は、10割負担になります。(後日、保険証提示で返金致します)

※ 日本の健康保険に未加入の方は、20割負担になります。(約35,000～100,000円)

☐ 生検を希望しません (☐血液透析, ☐ワーファリン内服, ☐その他_____)

歯について

☐ 検査に伴う偶発症により歯の状況(健常歯や動揺歯、差し歯、インプラントなど)に関わらず、損傷を及ぼす場合があることについて理解しました。

糖尿病や肥満症、メディカルダイエットで、GLP-1受容体作動薬、もしくはGIP/GLP-1受容体作動薬を使用している方

食事制限を守られた場合も、食物残渣が見られることがあるため、事前にお申し出ください。

☐ 最終使用日: 20__年__月__日

☐ ビクトーザ、☐ トルリシティ、☐ オゼンピック、☐ リベルサス、☐ マンジャロ、☐ ウゴービ、☐ (_____)

がんの治療中もしくは現在もがんを患っている方

☐ 主治医に内視鏡検査・生検検査が可能であることを確認しています。

☐ 主治医の判断のもと、内視鏡検査・生検検査を希望します。

※内視鏡検査・生検検査の可否については、書類持参(診断書など)、または主治医の診察又は電話でご確認下さい。

[西暦 年 月 日 医療機関名: 医師名:]

神経筋疾患(ミオパチー、筋炎、重症筋無力症など)の方

※筋萎縮性側索硬化症(ALS)の方の内視鏡検査は行っていません

☐ 主治医の診断の上、内視鏡検査・鎮静剤使用可能であることを確認しています。

☐ 主治医の判断のもと、内視鏡検査・鎮静剤使用を希望します。

※内視鏡検査・鎮静剤の可否については、検査毎に事前に診断書を提出ください。

[西暦 年 月 日 医療機関名: 医師名:]

ご自身の身体状況について

☐ 腹部手術(開腹手術、腹腔鏡手術、帝王切開)を1ヵ月以内に受けていません

☐ 検査当日の体重が130kg未満です

☐ 検査当日の血圧値が、BP180/110mmHg未満です

☐ 検査当日の眼圧が25mmHg未満で、且つ眼痛など症状はありません

☐ 妊娠又は妊娠の可能性はありません

(説明者署名欄)

医師(又は看護師): 西暦 年 月 日 時 分 署名:

医師(又は看護師): 西暦 年 月 日 時 分 署名:

【受診者ご本人署名欄】

西暦 年 月 日 時 分 署名:

【保護者又は、成年代理人署名欄】 ※受診者が署名できない場合

西暦 年 月 日 時 分 署名: (続柄:)
連絡先(電話番号):