

< ピロリ菌胃がんドック 申込書及び同意書 >

ID

年 月 日

氏名

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 歳

電話番号

〒

住所（結果郵送先）

* 以下の注意事項をよくお読みください。

1. 下記の該当の方は**保険診療となりドックは対象外**となります。

- ・明らかな上部消化管症状があり、胃や十二指腸の疾患が強く疑われる方（上部消化管症状、胃の痛み・もたれ、胸の痛み、胸やけ、げっぷ、のどの違和感、腹痛、膨満感、食欲不振、嘔吐など）
- ・食道、胃、十二指腸疾患で治療中の方
- ・胃酸分泌抑制薬、とくにプロトンポンプ阻害薬を服用中、または2ヶ月前以内に服用していた方
- ・胃を切除した方
- ・腎不全（クレアチニン値が3mg/dL 以上）の方
- ・ピロリ菌の除菌治療を受けたことのある方

2. ピロリ菌・胃がんドックでは、採血検査を実施いたします。**医師の診察は行いません。**

3. <採血検査を受けられる方への注意事項>

- ・採血後は針を刺した所を約5分間よく押さえて下さい。
血液を止まりにくくする薬（ワーファリン・アスピリン）を服薬されている方は約10分間しっかり押さえて下さい。
- ・押さえが足りなかったり、もんだりしてしまうと針を刺した所が内出血してしまうことがあります。内出血すると青あざになることがあります。ほとんどの場合は特別な治療をしなくても数週間以内に治ります。
- ・採血中に気分が悪くなったり、我慢できない痛みを感じたり、採血後に手の指先の痛み、手のしびれ感が残ることもあります。そのような場合はスタッフにお申し出下さい。

* 上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、ピロリ菌・胃がんドックを受診することに同意します。

年 月 日 ご署名



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC