

(様式1)

大潟村胃内視鏡検診 助成申請書

受診者	住 所	大潟村字			性別	男 ・ 女	
	ふりがな		電話番号				
	氏 名		健康保険	国保 ・ 社保 ・ 後期			
	生年月日	S 年 月 日	年齢	歳	R9.3.31 時点年齢	歳	

【対象外となる方】 以下に当てはまる方は受診できません。

- ☐ 同一年度中に胃がん検診（胃エックス線検査）を受診した、または受診予定の方
- ☐ 胃の疾患で治療中の方
- ☐ 胃の全摘出された方
- ☐ 胃の部分摘出後で経過観察中の方
- ☐ 疾患の種類に関わらず入院中の方
- ☐ 妊娠している方、または妊娠している可能性のある方
- ☐ 検査当日、胃内視鏡検診にかかる同意書に署名をされない方

※胃に係る持病のある方は、事前に主治医と相談のうえお申込みください。

【禁忌事項】

医療機関において次に該当すると判断した場合は、対象年齢であっても身体への危険が高いことから検査をお断り・中止することがあります。

- ・ 咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない方
- ・ 呼吸不全のある方
- ・ 急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方
- ・ 明らかな出血傾向またはその疑いがある方
- ・ 収縮期血圧が極めて高い方(高血圧治療中の場合、検査直前に血圧を測定し、検査の可否を判断します)
- ・ 全身状態が悪く、内視鏡検査に耐えられないと判断される方

また、抗血栓薬服用中の方については、適切な止血処置が実施できない医療機関では検査をお断りする場合があります。

※腫瘍性病変が疑われる場合、保険診療で生検を行います。この場合、胃内視鏡検査にかかる料金(50歳代は2,000円、50歳代以外は4,000円)とは別に保険診療に対する自己負担額が追加されます。

上記のとおり、胃内視鏡検診の助成を受けたいので申請します。

同意書

上記の【対象外となる方】に該当しておらず、【禁忌事項】を読み内容について了承しました。
また、胃内視鏡検診の受診結果に関しては、検査機関を通じて大潟村に報告されることに同意します。

年 月 日

大潟村長 様

受診者氏名 _____