

(カルテ保管)

上部消化管内視鏡検査

患者番号 _____

武道島いとうクリニック

患者氏名 _____

上部消化管内視鏡検査同意書

上部消化管内視鏡検査 実施予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の検査を受けるに当たり、その必要性、内容、危険性について担当医師から十分な説明を受け、了解しましたので、その実施に同意いたします。

なお、この検査に関連して、緊急の場合または医学上の立場から、処置の変更が必要なときは、その変更処置を受けることにおいても同意いたします。

同意日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名 _____ (自署、又は記名捺印)

代理人 _____ (患者との関係)

説明日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師 _____ (印)