

# 内視鏡検査同意書

内科・消化器内科おくがわクリニック

年 月 日

担当医：奥川 殿

私は担当医より（胃・大腸）内視鏡検査の目的、検査の内容および偶発症について説明を受けました。  
その内容を理解し、検査の実施に同意いたします。

氏名：

代理人：

住所：〒 -

※なお、内視鏡検査実施にあたり、下記のご希望がある場合には口にチェックをしてください。

鎮静剤・鎮痛剤の使用を希望しない。

検査をより楽に受けていただくために鎮静剤・鎮痛剤を使用することも可能です。以前より薬は使っていない、車やバイクなどの運転の予定がある、検査後の仕事に支障があるなどの場合はチェックしてください

生検（組織検査）を希望しない

生検を希望されない場合、正確な診断を行うために担当医が必要と判断した場合には、別の日にあらためて検査を受けていただく場合もあります。

ポリープの切除を希望しない。（大腸内視鏡検査の場合のみ）

検査後 1 週間以内にご旅行、出張などで遠出される予定の方、腹圧のかかる運動などの予定がある方は、後出血や腸管穿孔のリスクを避けるためチェックしてください。

ご不明な点・ご質問などがございましたら、下記にお問い合わせください。

[受付時間] 月～金 9:30～13:00 16:00～19:00（火・金～20:00）

土 9:30～13:00 15:00～17:00

第2・4日曜 9:00～12:00

水・祝日・第1・3日曜休診



03-3724-3715

内科・消化器内科おくがわクリニック