同　意　書

私は担当医より（ 胃 ・ 大腸 ）内視鏡検査の目的、検査の内容および合併症について説明を受けました。その内容を理解し、同意することができましたので検査の実施を依頼します。

※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□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。

検査にご不明な点がある場合や、上記内容の同意を取り消される場合はいつでも医師もしくは看護師にご相談ください。同意の有無により診療その他で不利益を被ることはございません。

説明日　20　年　月　日　　説明医師：　奥川　㊞

同意年月日　20　年　月　日

患者本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人または家族署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

内科･消化器内科
おくがわクリニック