

上部消化管内視鏡検査及び下部消化管内視鏡検査等に関する同意書

年 月 日

説明医師

自衛隊那覇病院長 殿

私は、内視鏡検査に関する以下の項目について、内容を十分に理解しました。

- 内視鏡検査の目的・方法について
- 内視鏡検査の偶発症について
- 偶発症の危険性が高い方について
- 短期滞在手術について
- ご質問の機会について

以上のもとで、自由な意志に基づき、以下の検査（治療）を受けることに同意します。

- 上部**消化管内視鏡検査に同意します。
- 下部**消化管内視鏡検査に同意します。
- 鎮静剤の使用を希望します。（上部／下部）

また、検査中に緊急処置を行う必要性が生じた場合には適宜処置することについて併せて同意します。

年 月 日

患者氏名（署名） _____

保護者または保証人（署名） _____（本人との関係）

* 本人の署名があるときは保護者または保証人の署名は不要です。

説明の内容についてわからないことがある場合は、遠慮なく医師に質問をしてください。

同意書を提出後でも、遠慮なく質問をしてください。また、同意書は検査前であれば、いつでも撤回することができます。