

同意書

千住・胃と腸のクリニック 院長 殿

私は、大腸内視鏡検査を受けるにあたり、下記の医師から説明文書に記載された事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。

また、私はこの検査を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。

なお、説明文書原本とこの同意書を受け取りました。

鎮静剤の使用を（ 希望する ・ 希望しない ）

その場でポリープ切除を（ 希望する ・ 希望しない ）

【説明】

説明年月日：令和 年 月 日

説明医師： _____ 同席者： _____ 職種 _____

【同意】

同意年月日：令和 年 月 日

同意者（本人）： _____

【代諾者】

代諾者名： _____ ご本人との関係： _____

連絡先

・ 8:30～17:00 千住・胃と腸のクリニック TEL 03-3882-7149