

大腸内視鏡検査同意書

説明医師 _____

大腸内視鏡検査同意のためのチェックリスト

- 感染症を調べるための血液検査について
- 下剤などの服用や食事制限について
- 検査当日のお車等の運転をやめて頂くことについて
- 精密検査および生検（粘膜組織の一部を採取すること）について
- 検査の合併症および緊急時の連絡について
- ポリープなど内視鏡的切除術と切除後の注意について
- 検査予約時間通りにいかない場合もあることについて

特定医療法人

障 純 会

武内病院々長殿

私は、大腸内視鏡検査と必要に応じた処置や治療、およびその危険性と合併症およびその対処法について説明書の記載事項を読み、また、医師からの説明にてその内容を理解し、了承しました。

私は、内視鏡の感染防止のための血液検査の必要性について理解し、了承しました。したがって、私は、武内病院において、大腸内視鏡検査と必要に応じた処置・治療を受けることに同意します。

令和 年 月 日

氏名(本人または代理人)

緊急時の連絡先(氏名・続柄)

TEL _____