

大腸内視鏡検査・治療 説明・同意書

様

平成 年 月 日 に以下のとおり説明致しました。

(医) 鳳樹会 杉本憲治クリニック 医師 杉本 憲治^印 伊藤 裕啓^印
理事長 杉本憲治 人見 信彦^印 権 五規^印
山下 博司^印

看護師 西村 生代^印 趙 映実^印 上原 恵^印
藤本 初美^印 小池 リエ^印 石井 貴美^印
石原 明子^印 笹野 未来^印 榎木 紫^印

1・大腸内視鏡検査・治療の目的

2・準備方法の実際

3・検査・治療方法の実際

臨床検査技師 井上 典世^印 光永 理恵^印

4・検査・治療終了後の注意や生活指導

5・検査・治療に伴う偶発性とその対策

6・併存疾患や服用薬の注意

7・内視鏡的ポリープ切除術や粘膜切除術の必要性

8・検査・治療に必要な経済的負担

9・内視鏡検査・治療担当医：杉本憲治 山下博司 権 五規

交付した説明書類

『大腸内視鏡検査の準備について』

『大腸内視鏡検査（治療）を受けて頂く方へ』

『特別に注意して頂くこと・ポリープ切除術あるいは粘膜切除術について』

以上のとおりですが、御不明の点はお尋ね下さい。

そして、御理解頂き、内視鏡検査・治療に御同意下されば、以下の同意書に御署名の上、クリニック受付にご提出下さい。

1・上記の説明を受けました。そしてその内容について

わかりました。その上で内視鏡検査と治療の両方に同意します。

わかりました。その上で内視鏡検査のみに同意します。

わかりましたが、同意しません。

その他 ()

2・質問と要望 ()

平成 年 月 日

住所

患者氏名 _____^印

代 諾 者 _____^印 続柄 _____

同 席 者 _____^印

コピーと検査・治療後の注意書を受領しました。

受領者 _____^印

