

## 上部消化管内視鏡（胃カメラ 経口・経鼻） 同意書

※該当するものに○を付してください

(宛先) 春日井市民病院長

私は、このたび上部消化管内視鏡検査を受けるにあたり、医師から別紙説明書(案内6-1)に基づいて説明を受け、その必要性、内容、危険性などについて理解しましたのでその実施に同意します。

なお、この診療行為に関連して、緊急の場合または医学上の立場から処置を変更する必要がある場合には、その処置を受けることについても同意します。

検査目的 上部消化管精査

手術・検査名 上部消化管内視鏡検査

施行予定日 年 月 日

説明年月日 年 月 日

説明医師名

説明内容

1. 現状の病状
2. 診療行為(手術・検査)の必要性・目的
3. 診療行為(手術・検査)の内容
4. 診療行為(手術・検査)の合併症と危険性
5. 代替可能な他の方法がある場合にはその方法との比較
6. 診療行為(手術・検査)を行わない場合の予後

年 月 日

(本人署名)

(家族署名)

(本人との続柄: )