

2023 年 10 月初版

書式を変更: フォント: 10 pt, フォントの色: テキスト 1

書式を変更: フォント: 10 pt, フォントの色: テキスト 1

書式変更: 中央揃え

書式を変更: フォントの色: 赤

まべ五稜郭消化器・内視鏡クリニック 院長 殿

同 意 書

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）

（該当する□に、☑を記入してください）

私は、上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)を受けるにあたり、説明を受け、説明書を受領しました。

予定されている上部消化管内視鏡検査および関連する事項について、よく理解できましたので、上部消化管内視鏡検査の実施を承諾します。

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は、その処置を受けることについても同意します。

☐ 保険医療機関連携による病理診断に同意します。

* 日本消化器内視鏡学会の JED 事業に対して、匿名化データを提出することについて

☐ 同意します。

☐ 同意出来ませんので、データは提出しないで下さい。

西暦 年 月 日

ご本人様署名 : _____

書式を変更: フォントの色: 赤

☐ 同意内容を確認しました 院長 間部克裕