

同 意 書

大腸内視鏡検査（大腸カメラ）、短期滞在手術

(該当する□に☑を記入してください)

私は、大腸内視鏡の診療行為を受けるにあたり、説明を受け、説明書を受領しました。

予定されている大腸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、大腸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。

(下記のいずれかに、印をつけてください)

☐大腸内視鏡検査のみの実施を承諾します。

☐日帰りで切除可能なポリープが発見された場合は、内視鏡的ポリープ切除（短期滞在手術）も同時に希望し、承諾します。

西暦 年 月 日

ご本人様署名：

* 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。

ご本人様署名：_____

2023年10月初版

☐ 同意内容を確認しました 院長 間部克裕