

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。

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：_____

☐ 同意内容を確認しました 院長 間部克裕