

上部消化管内視鏡検査同意書

独立行政法人 地域医療機能推進機構 千葉病院

患者氏名： _____ 様

生年月日： T・S・H 年 月 日

説明日： _____ 年 月 日

説明医師： _____

私は上記検査における有用性と危険性、また、検査の必要性を理解したので、検査を受けることを同意します。

また、偶発症が見られたときは、必要な処置を受けることを承諾します。

承諾日： _____ 年 月 日

患者住所： _____

患者氏名： _____

上部消化管内視鏡検査同意書

独立行政法人 地域医療機能推進機構 千葉病院

患者氏名： _____ 様

生年月日： T・S・H 年 月 日

説明日： _____ 年 月 日

説明医師： _____

私は上記検査における有用性と危険性、また、検査の必要性を理解したので、検査を受けることを同意します。

また、偶発症が見られたときは、必要な処置を受けることを承諾します。

承諾日： _____ 年 月 日

患者住所： _____

患者氏名： _____