

大腸内視鏡検査・処置 同意書

医療法人健英会 うしいけ内科クリニック

氏名 : _____ 様
検査名 : 下部消化管内視鏡検査
 必要に応じ、組織生検 / ポリープ切除 / 止血術
前処置方法: 粘膜(表面)麻酔 鎮痙剤投与
 必要に応じ、全身(静脈)麻酔

記

検査は内視鏡専門医が施行します。

安全を最優先とし、細心の注意を払いますが、検査・処置には以下の様なリスクが伴う事を、予めご理解下さい。

処置や麻酔に用いる薬剤により、ショック状態や、心停止、呼吸停止、意識障害など、生命に関わる重大な副作用が現れる場合があります。

(全国統計では、0.004%程の頻度です。)

検査・処置に伴い、出血や穿孔など、予期せぬ偶発事故が発生する事があります。

(全国統計では、0.06%程の頻度です。)

万一こうした問題が発生した際は、治療・回復に最大限の努力を致します。

状況により、他の専門・救急病院に治療を依頼する事があります。

追記

[_____]

担当医師名 : _____

立会人看護師氏名 : _____

この度私は、検査を受けるにあたり、十分な説明を受け、大腸内視鏡検査および処置に
同意しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人氏名 : _____

(本人が署名不可能な場合)

代理人氏名 : _____

(続柄) _____