

ダブルバルーン小腸内視鏡検査同意書

ダブルバルーン小腸内視鏡検査、治療の目的、方法、危険性について

年 月 日に患者 _____ 様に説明いたしました。

- 検査の内容
- 検査の危険性
- 鎮痛剤・鎮静剤の使用
- 偶発症・合併症
- 偶発症・合併症が発生した時の処置・治療
- 抗凝固剤の服用の有無、薬物アレルギーの有無
- 治療中の病気の有無（特に心疾患、インシュリンなど）

説明者 _____ 同席者 _____

※万が一、緊急事態や偶発症・合併症が発生した場合には、入院や緊急の処置・手術などの適切な処置・治療をおこないます。

私は、ダブルバルーン小腸内視鏡検査・治療の目的、方法、危険性について別紙（説明書）記載事項を読み、説明者より説明を受けました。

年 月 日に平和会吉田病院にてダブルバルーン小腸内視鏡検査を受けることに

（ 同意します ・ 同意しません ）

年 月 日 本人署名 _____

（代筆者 _____ 続柄 _____）

※代筆者氏名は患者様本人が未成年または署名不可能な場合にご署名ください。

社会医療法人平和会 吉田病院 消化器内視鏡・IBDセンター
TEL：0742-45-9562