

嚥下内視鏡検査 同意書

患者さん氏名： _____（カルテ番号： _____）

この検査同意書は、検査担当医から検査目的と検査方法の説明を受けたこと、そしてその内容に同意したことを認めた場合に署名をいただく書類です。

検査に同意しないことも患者さんの自由です。その場合にも診療上の不利益がないことをお約束致します。また、検査の映像は個人情報 を消去したうえで教育、研修および研究に用いる場合があります。

説 明 日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

検 査 日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明者： 所属 _____ 氏名 _____ 印
住所 _____ 電話 _____（ ） _____

検査を受けることに同意した場合、以下の枠内にご署名下さい。

嚥下内視鏡検査について説明を受け、納得したので検査を希望します

患者さん御氏名： _____

代理人御氏名： _____（続柄： _____）

同席人御氏名： _____（続柄： _____）

同席人御氏名： _____（続柄： _____）