

内視鏡による検査および治療同意書

今回の検査(または治療)内容について医師からの説明を十分に理解し、必要であると判断いたしましたので、月見の里・消化器内視鏡クリニックでの実施を承諾いたします。

平成 年 月 日

ご本人様：

住所 _____

氏名 _____

代理人(続柄) _____

鎮静剤を (使用する ・ 使用しない)

なお、鎮静剤を使用する場合には、車、バイク、自転車の運転はできません。

ご本人様：

住所 _____

氏名 _____

代理人(続柄) _____

