

2019 10 28  
患者ID: [REDACTED]

2019 年 9 月 2 日

説明医師: 消化器センター 久行 友和

## 大腸内視鏡検査・内視鏡的大腸ポリープ切除術の同意書

1. 処置・手術名 : 大腸内視鏡検査・内視鏡的大腸ポリープ切除術
2. 加療予定日 : 2019 年 10 月 28 日
3. 説明内容
- ☒ 病名、病状について
  - ☒ 治療の方法について
  - ☒ 期待される効果について
  - ☒ 予想される副作用と対処法について
  - ☒ 本治療を受けなかった場合の予後について
  - ☒ また、当該疾患に対する他の治療法の有無について
  - ☒ 同意は何時でも取り消せること
  - ☒ 医療安全に関するメッセージについて

上記の治療に関して、担当医から説明を受け

- ☒ よく理解しましたので同意いたします。
- ☐ 今回は同意いたしません。
- ☐ セカンドオピニオンなど、再度検討させていただきます。

署名年月日 2019 年 10 月 28 日

昭和大学横浜市北部病院 殿

患者氏名 (自署) [REDACTED]

保護者又は

代理人氏名 (自署) [REDACTED]

(患者との続柄: )

\*教育・学術・および人工知能研究の目的で、試料・情報等を将来の研究等に使用するための保存について  
同意されない方のみ、下の( )内に○または×をつけて下さい。

( ) 教育・学術・および人工知能研究の目的での資料・情報保存に同意しません。

(病院控)