

胃内視鏡検査・治療同意書および
抗血小板薬・抗凝固薬の中断・継続に係る同意書

患者 XXXXXXXXXX に対して、下記の内視鏡検査・治療について説明書に沿って説明いたしました。また、抗血小板薬・抗凝固薬を内服されている患者さまには、薬の中断・継続の方法、必要性、危険性および合併症などについて説明いたしました。

平成28年10月12日

第一外科

医師氏名 平川 昌子 ⑩ 同席者氏名 _____

署名または記名捺印（署名の場合は捺印不要）

この度、下記の説明をしました。（下記選択チェック）

- ☐ 胃内視鏡検査（内視鏡的止血術を含む）
☒ その他（ ）

鎮静薬の使用について効果と危険性について説明し、下記の確認をしました。

（下記選択チェック）

- ☐ 医学的判断により鎮静薬を使用しないで行います。
☐ 鎮静薬を使用しないで行います。
☒ 鎮静薬を使用して行います。

抗血小板薬・抗凝固薬を内服している患者さまに、下記の説明をしました。

（対象患者のみチェック）

- ☐ 抗血小板薬・抗凝固薬は、すべて継続し検査・処置を行います。
☐ 抗血小板薬・抗凝固薬は、別紙「抗血小板薬・抗凝固薬の中断・継続確認書」に従っていただき検査・処置を行います。

この同意書は、一部をカルテに保存し、一部を患者又は代諾者に交付します。

この度、に実施予定の上記について提案されました。私（患者）は、医師から上記の必要性、方法および合併症等の内容について十分な説明を受け、納得しましたので、提案に同意します。

患者記載欄 平成 28 年 10 月 13 日 患者氏名 XXXXXXXXXX ⑩

代諾者記載欄 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 代諾者氏名 _____ ⑩

代諾者住所 _____

代諾者電話番号 _____ 続柄 _____

患者側同席者氏名 _____ 続柄（ ） _____ 続柄（ ）

3名以上同席の場合は、代表者を記載してください。必ずしも自署の必要はありません。

札幌医科大学附属病院長 様

注）患者本人以外の同意が必要な場合は、代諾者記載欄に記載してください。捺印は必ずしも必要ではありません。

胃内視鏡検査・治療同意書および
抗血小板薬・抗凝固薬の中断・継続に係る同意書

患者 [REDACTED] へ、下記の内視鏡検査・治療について説明書に沿って説明いたしました。また、抗血小板薬・抗凝固薬を内服されている患者さまには、薬の中断・継続の方法、必要性、危険性および合併症などについて説明いたしました。

平成28年11月30日

第四内科

医師氏名 山崎 隆夫 ⑩ 同席者氏名 _____

署名または記名捺印（署名の場合は捺印不要）

この度、下記の説明をしました。（下記選択チェック）

- ☐ 胃内視鏡検査（内視鏡的止血術を含む） + 超音波内視鏡
- ☒ その他（ _____ ）

鎮静薬の使用について効果と危険性について説明し、下記の確認をしました。

（下記選択チェック）

- ☐ 医学的判断により鎮静薬を使用しないで行います。
- ☐ 鎮静薬を使用しないで行います。
- ☒ 鎮静薬を使用して行います。

抗血小板薬・抗凝固薬を内服している患者さまに、下記の説明をしました。

（対象患者のみチェック）

- ☒ 抗血小板薬・抗凝固薬は、すべて継続し検査・処置を行います。
- ☐ 抗血小板薬・抗凝固薬は、別紙「抗血小板薬・抗凝固薬の中断・継続確認書」に従っていただき検査・処置を行います。

この同意書は、一部をカルテに保存し、一部を患者又は代諾者に交付します。

この度、2016年12月01日に実施予定の上記について提案されました。私（患者）は、医師から上記の必要性、方法および合併症等の内容について十分な説明を受け、納得しましたので、提案に同意します。

患者記載欄 平成 28 年 11 月 30 日 患者氏名 [REDACTED] ⑩

代諾者記載欄 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 代諾者氏名 _____ ⑩

代諾者住所 _____

代諾者電話番号 _____ 続 柄 _____


患者側同席者氏名 _____ 続柄（ _____ ） 続柄（ _____ ）

3名以上同席の場合は、代表者を記載してください。必ずしも自署の必要はありません。

札幌医科大学附属病院長 様

注）患者本人以外の同意が必要な場合は、代諾者記載欄に記載してください。捺印は必ずしも必要ではありません。

胃内視鏡検査・治療同意書および
抗血小板薬・抗凝固薬の中断・継続に係る同意書

患者  に対して、下記の内視鏡検査・治療について説明書に沿って説明いたしました。また、抗血小板薬・抗凝固薬を内服されている患者さまには、薬の中断・継続の方法、必要性、危険性および合併症などについて説明いたしました。

平成28年11月30日

第四内科

医師氏名 三好 三郎 同席者氏名 _____

署名または記名捺印（署名の場合は捺印不要）

この度、下記の説明をしました。（下記選択チェック）

- ☒ 胃内視鏡検査（内視鏡的止血術を含む）
☐ その他（ ）

鎮静薬の使用について効果と危険性について説明し、下記の確認をしました。

（下記選択チェック）

- ☐ 医学的判断により鎮静薬を使用しないで行います。
☐ 鎮静薬を使用しないで行います。
☒ 鎮静薬を使用して行います。

抗血小板薬・抗凝固薬を内服している患者さまに、下記の説明をしました。

（対象患者のみチェック）

- ☐ 抗血小板薬・抗凝固薬は、すべて継続し検査・処置を行います。
☒ 抗血小板薬・抗凝固薬は、別紙「抗血小板薬・抗凝固薬の中断・継続確認書」に従っていただき検査・処置を行います。

この同意書は、一部をカルテに保存し、一部を患者又は代諾者に交付します。

この度、2016年12月06日に実施予定の上記について提案されました。私（患者）は、医師から上記の必要性、方法および合併症等の内容について十分な説明を受け、納得しましたので、提案に同意します。

患者記載欄 平成 28 年 11 月 30 日 患者氏名  ㊟

代諾者記載欄 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 代諾者氏名 _____ ㊟

代諾者住所 _____

代諾者電話番号 _____ 続 柄 _____

患者側同席者氏名 _____ 続柄（ ） _____ 続柄（ ）

3名以上同席の場合は、代表者を記載してください。必ずしも自署の必要はありません。

札幌医科大学附属病院長 様

注）患者本人以外の同意が必要な場合は、代諾者記載欄に記載してください。捺印は必ずしも必要ではありません。