

ERCP、EST、ERBD などに関する同意書

説明日時 平成 30 年 5 月 8 日

説明医師 田村 征司 印

患者様にとって、より良い医療を提供するために、以上のことを御説明させていただきました。わかりにくいところがありましたら、随時ご質問ください。

説明内容チェック

- ☒ 検査の目的、必要性
- ☒ 検査の流れ、方法
- ☒ 検査前、後の留意点（安全な検査のために）
- ☒ 検査の合併症（偶発症）について
- ☒ 代替検査、処置について

説明に納得され、検査を希望される場合、以下の同署に署名（捺印）をお願いいたします。

検査治療責任医師（説明医師）

田村 征司 印

同席者

上記の内容を十分に理解し、同意いたしました。

平成 30 年 5 月 8 日

患者様氏名(署名)

印

平成 年 月 日

患者代理人様氏名(署名)

印

続柄()