

上部消化管内視鏡 内視鏡的止血術 血管造影

検査、手術、麻酔等に関する同意書

患者氏名

あなたの傷病名、状態等は以下のとおりです。

1 吐血

2

3

これらに対して、検査、手術、麻酔等が必要と考えられますので、別紙説明書に基づき、説明致しました。

平成 28 年 2 月 13 日

和歌山県立医科大学附属病院

内

科(部)

医師

鈴木 昌久

医師

私の傷病に関し、別紙の説明書等に基づき、その必要性、適応、具体的な手技、危険性等について説明を受け、その説明の内容を十分理解し、納得致しましたので、検査、手術、麻酔等を受けることに同意致します。

なお、本同意書の副本及び別紙説明書を受領しました。

平成 28 年 2 月 13 日

患者氏名(署名)

住 所

ご家族等(署名)

(患者様との関係:)

同席者(署名)

(患者様との関係:)

