

内視鏡検査同意書

私は内視鏡検査を受けるに当たり、検査の必要性、そして偶発症の可能性について十分理解し、承知しました。その上で内視鏡検査を受けることに同意します。

ご同意日 平成 26 年 04 月 30 日

ご署名

ご署名（代理人・本人との続柄）

説明医師名

石井 清香

私は内視鏡検査を行った際に検査目的で採取した組織の一部を将来、遺伝子解析などの研究用の検査に使用することに同意します。

ご署名

ご署名（代理人・本人との続柄）

（カルテ保管用）

手術同意書

千葉大学医学部附属病院長 殿

治療に関する担当医よりの説明を受け、以下の手術を受けることを希望し同意いたします。

予定術式 内視鏡的胃粘膜下層切開剥離術

2015/04/28

本人氏名

住所

ご家族氏名

続柄

続柄

氏名

続柄

氏名

続柄

氏名

続柄

氏名

印

印

印

印

印

印

手術説明確認書

2015/04/28

説明者（医師）

印

説明者（医師）

印

同席者（看護師）

印

担当医より現在の病状、治療方針、手術法およびその合併症等に関し十分な説明を受け、理解いたしました。

説明を受けた方

本人氏名

印

同席者

続柄

印

続柄

氏名

印