

# 上部消化管内視鏡検査同意書

市立奈良病院長 殿

説明年月日： 年 月 日

説明担当医師： \_\_\_\_\_

私は上部消化管内視鏡検査に関して上記医師より説明を受け、検査方法や偶発症について理解し納得しましたので、検査を受けることに同意します。

また、上記の診療を行う上で必要な処置、および上記の診療行為において予期されない状況が生じた場合は、それに対処する緊急処置を受けることも併せて同意します。

平成 年 月 日

患者様署名（氏名）： \_\_\_\_\_

代理人様署名： \_\_\_\_\_  
(続柄 )