このたび、下部消化管内視鏡（大腸カメラ）検査を受けるに当たり、

１．目的と必要性
２．検査前日および当日の注意事項
３．検査後の注意点
４．偶発症
５．代替可能な検査

について説明を受け、納得いたしました。

同検査および治療の実施について同意いたします。

平成　　年　　月　　日

（本人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

（親権者または代理人）（本人との続柄：　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

患者様が未成年である場合は親権者が、また患者様が自分で記載出来ない状態の場合は代理人がご署名ください。