

同意書

瓦谷クリニック 院長殿

私は、上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査に関して十分な説明を受け、理解いたしました。
※本同意書はいつでも撤回できます。

上記説明について、同意します。

上記説明について、同意しません。

※その他、ご意見があればご記入下さい。

年 月 日

患者氏名 _____（自署又は記名押印）

代理人氏名 _____（自署又は記名押印）（続柄： ）

患者・家族にコピー渡し済み