

大腸ポリープ切除同意書

黒のボールペンでご記入ください

この検査は、下部消化管内視鏡（大腸カメラ）を肛門から挿入して直腸から盲腸までの粘膜その他を観察し、ポリープ切除の適応がある場合は、ご希望に応じて切除を行うことがあります。

*大腸ポリープ切除にあたり、内視鏡検査同意書の内容に加え、以下の注意点があります。

・ポリープを切除した後、まれに出血や穿孔などの偶発症を起こすことがあります。

大腸内視鏡検査および治療に伴う偶発症発生頻度は全国集計（2008年から2015年）で0.011%でした。入院や緊急の処置・手術が必要になることがあります。その際の経費は原則として患者さんのご負担となります。あらかじめご了承ください。

・緊急時の判断に関しては医師への一任をお願いします。

ご承諾が得られない場合処置を行うことができなくなります。また、状況によっては切除できない場合もありますので、医師からご説明いたします。同意書を提出された後でも処置を中止することができますので、遠慮なくお申し出ください。

医療法人社団 せいおう会 鶯谷健診センター
センター長殿

年 月 日

私は上記の記載事項について十分理解し、ポリープ切除の実施に同意いたします。

住所

氏名

(歳)

説明医師

印

お問い合わせ

鶯谷健診センター 医療部看護チーム

受付時間：月曜日～金曜日 9：00～16：00

03-3873-9183