

子宮鏡検査同意書

私は、子宮内膜ポリープもしくは子宮筋腫における子宮鏡検査について、医師やスタッフからの説明と別紙『子宮鏡検査説明書』によって、下記の事項について十分に理解し、納得した上で、子宮鏡検査を受けることに同意します。

*別紙『子宮鏡検査説明書』とともに下記事項を確認のうえ、了承いただければ左端の口欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) 検査の目的について
- 2) 検査方法について
- 3) 検査の翌日まで性交渉してはならないことについて
- 4) 検査時期について
- 5) 予防的に抗菌薬を内服することについて
- 6) 感染を起こす可能性があることについて
- 7) 痛みや出血を伴う可能性、水中毒などのリスクがあることについて
- 8) 費用について
- 9) 患者様の個人情報(個人情報保護法及び、当院の規定で取り扱い、治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただきます)可能性があること
- 10) 治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができること

施設責任者 医療法人社団愛慈会 理事長 松本玲央奈

説明日 _____年 _____月 _____日

説明者【 _____ 】

同意年月日：	年	月	日
住所：	_____		
	電話番号：	_____	
ID：	本人氏名（自署）：	_____	

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管して下さい。