子宮鏡検査および子宮内膜ポリープ摘出術同意書

あらかきウィメンズクリニック
院長　新垣　総子殿

本検査において、起こりうる合併症・危険性
１．感染・・・子宮内操作による感染や炎症が骨盤内に波及する可能性が稀にあります。
２．疼痛・・・内視鏡挿入時や還流液注入時に多少の痛みを伴います。
３．アレルギー・ショックの可能性
　・・・局所麻酔を使用する際、薬剤の影響で、アレルギー症状もしくはショック症状を来すことがあります。

下記の項目をお読みいただき、□欄にチェックのご記入をお願い致します。

□　以上の合併症・危険性について確認しました。

□　私は本検査を実施するにあたり、月経１日目から避妊をしています。

□　私は局所麻酔によるアレルギーと診断されたことはありません。

私たちは、上記の事項について説明動画を視聴し、内容を理解した上で、検査を受ける事に承諾します。
また、緊急時に予定外の処置を行う必要性が生じた場合等は、貴院の方針に従い、一切をお任せ致します。

西暦　　年　　月　　日

診察券番号（　　）
本人（妻）氏名　　電話

住所

配偶者（夫）氏名　　電話（緊急連絡先）

住所

※　ご署名は患者様・配偶者様（または代理人様）それぞれの直筆でお願い致します。
※　住所は、「同上」とせず、それぞれに記入をお願い致します。
※　ご不明な点がある場合には、検査前に必ずお伝えください。ご説明致します。

2020.12.24 改定