

説明・同意書

私は、患者 _____ 殿（ _____ ）及び、親族又は代理者に対して、
下記手術・検査・麻酔の必要性、危険性、及び合併症などについて次のように説明いたしました。

手術・検査・麻酔の名称 _____

手術・検査等内容：

起こりうる
合併症・予後等

なお、当院では手術による感染症を防止するために、術前に B 型及び C 型肺炎、梅毒、エイズ検査を行っておりますので、ご了承いただきたいと存じます。

_____ 年 月 日
_____ 科 医師氏名 _____ 山本 伸 _____ 印

私は、上記の内容の説明を受け、同意しました。また、上記実施中に必要な処置とこれらの目的に
かなった全身、又はその他の麻酔を受けることも併せて同意いたしました。

_____ 年 月 日
患者氏名 _____ 印

患者住所 _____ TEL _____
親族又は代理人（続柄 _____ ）氏名 _____ 印
親族又は代理人住所 _____ TEL _____