

# 同意書

\_\_\_\_\_ 殿

このたび、（患者氏名）\_\_\_\_\_ が下記の手術を受けるにあたり、担当医から下記の説明を受け、十分に理解いたしましたので、実施に同意いたします。

なお、施術中の緊急処置、施術後に起こり得る症状と対応方法についても承諾いたします。

年 月 日

## 記

施術内容	
施術日程	
治療計画	
特記事項	

以上

（患者） 住 所 :

氏 名 :



生年月日:

年 月 日

（保護者） 住 所 :

氏 名 :



梅田すずらんクリニック