

佐用共立病院 様

上記の通り説明を受け

理解できたので 手術・検査することに同意します。

同意年月日 年 月 日

本人 \_\_\_\_\_ 続柄  
代筆の場合( )

家族 \_\_\_\_\_ 続柄  
( ) 住所:

同席者 \_\_\_\_\_

- #1 この説明を受け、御本人・御家族はセカンドオピニオンを求めることができます。  
また、同意を保留することもできますが、病状によって保留期間が異なります。
- #2 この同意書は、状態の変化に応じて、御本人・御家族および医療者のどちらからでも、  
いつでも修正・撤回・停止することができます。
- #3 この同意書の有効期間は、上記#1がなされるまでの期間とします。
- #4 この同意書は、診療録に保管するとともに、コピーを御本人・御家族にお渡しします。