

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

続柄

本人

代筆の場合 ()

続柄

家族

() 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。