手術同意書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名** | @TEXT\_PANAME | **患者ID** | @TEXT\_PAID |
|  | | | |
| **病名・手術名** | @TEXT\_OPNAME | | |
| **手術の必要性・目的** | @TEXT\_OPNEED | | |
| **術式・麻酔方法** | @TEXT\_OPMETHOD | | |
| **手術予定日** | @DATE\_OP | | |
| **その他** | @TEXT\_NOTE | | |

**上記の手術に関して、同意される場合には、以下の欄にご署名下さい。**

私は、上記手術に関する事項について十分な説明を受け、理解しました。そのうえで、手術を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。） また、担当医師の判断で必要処置等を実施する場合があることにも同意いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者** | 氏名 | @TEXT\_PANAME | 署名 | @SIGN\_PA | | 同意日 | @SIGNTIME\_PA |
|  | 住所 | ＠　T　E　X　T　　\_　 P A A　D　D　R　E　S　S | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| **代理人** | 氏名 | @TEXT\_AGNAME | 署名 | | @SIGN\_AG | 同意日 | @SIGNTIME\_AG |
|  | 住所 | ＠　T　E　X　T　　\_　　A G A　D　D　R　E　S　S | | | | | |

※患者様本人が同意能力のない未成年の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは未成年後見人、または親族等の方による署名をお願いいたします。

**上記署名者に対して手術について説明しました。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **担当医** | ＠TEXT\_DPT | 科 氏名 | ＠TEXT\_DRNAME | 署名 | @SIGN\_DR |
|  |  |  |  | 説明日 | @SIGNTIME\_DR |