

(別紙様式8)

## 短期滞在手術同意書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成     年     月     日

病                      名	
症                      状	
治    療    計    画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
手術後に起こりうる 症状とその際の対処	

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術を受けることに同意します。

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印