## 短期滞在手術等同意書

_	(患者氏名)	殿					
				令和	年	月	日
	病名						
	症     状						
	治療計画						
	手術等内容及び日程						
	手術等後に起こりうる 症状とその際の対処						
			(主治医氏名)				F
7	私は、現在の疾病の診 ることに同意します。	療に関して、上記の説明を受け	・、十分に理解した	と上で短期	明滞在引	手術等を	r受け
/ 0			(患者氏名)				戶