(患者氏名)

短期滞在手術同意書

				令和	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、 ことに同意します。		目を受け、十分	分に理解した	上で短期	胡滞在3	手術を受	とける
			患者氏名)				印