

(別紙様式8)

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) _____ 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等を受けることに同意します。

(患者氏名) _____ 印