

(別紙様式 8)

短期滞在手術同意書

(患者氏名) _____ 殿

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、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