

手術・処置同意書

私は、現在の状態並びに手術・処置の必要性及び危険性について十分な説明を受け、理解しましたので、その実施を承諾します。

平成 年 月 日

患者 氏名 _____ 印

同意者 氏名 _____ 印

(患者との続柄：)

市川ひふ科形成外科クリニック院長殿