

## ●同意書

診療行為の名称:

<

>

このたび、上記の診療行為を実施することを提案され、下記に署名する患者(保護者)および親族または代理人は、下記説明医から上記診療行為の内容・必要性・危険性(副作用・合併症・リスクなどを含む)及び今後の経過に関する十分な説明を受け、納得いたしましたので実施することを承諾します。

また、実施中の緊急な状態に際しては、医師が必要かつ適切と判断した上記以外の措置及びこれに関連する診療行為についても承諾いたします。

説明医: \_\_\_\_\_ / 同席医療従事者: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ (患者 ID: \_\_\_\_\_)

住所: \_\_\_\_\_

.....

親族氏名(保護者氏名): \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

.....

代理人氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

患者との続柄: \_\_\_\_\_

署名(本人ではない場合は親族・代理人): \_\_\_\_\_ 印