

同意書

殿

この度、(患者氏名) _____ が下記の施術を受けるにあたり、
担当医から下記の説明を受け、十分に理解いたしましたので、実施に同意いたします。

尚、施術中の緊急処置、施術後に起こり得る症状と対応方法についても承諾いたします。

年 月 日

記

施術内容	
施術日程	
治療計画	
特記事項	

以上

[患者] 氏名 :

住所 :

生年月日 :

[保護者] 氏名 :

住所 :