

患者氏名

~~乳がん~~に対する手術治療についての同意書
乳房腫瘍

東京医科歯科大学医学部附属病院長 殿

私は、以下の事項について、説明を受け、十分理解しましたので、検査・治療を受けることに同意します。

- ☐ (1) 診断名
 - ☒ (2) 検査・治療の目的と内容
 - ☐ (3) 検査・治療の実施日、期間
 - ☐ (4) 検査・治療の副作用、危険性、合併症など
 - ☐ (5) 他の検査・治療の選択肢について
 - ☐ (6) セカンドオピニオンについて
 - ☐ (7) 受持医、実際に検査・治療を担当する医師、指導体制について
 - ☐ (8) 費用について
 - ☐ (9) 診療情報の利用について
 - ☐ (10) 他の医療機関との連携について
 - ☐ (11) 同意の撤回について
 - ☐ (12) 医療の不確実性について
- ☒ 【緊急時用】(1)～(12)のすべて

西暦 2016 年 11 月 2 日

患者本人 氏名(署名)

家族または代理人 氏名(署名)

患者との続柄 夫