

肝胆膵領域における疾患・術式説明への同意書 (病院保管)

慶應義塾大学病院長 殿

私は、自身の疾患について疾患説明書と術式説明書(あるいは術式説明書のみ)の内容の説明を受けました。また、文章に記載されていない詳細な内容についても、口頭での説明を受け、不明な点は質問を行い、目的、必要性、方法、合併症の可能性と危険性、選択しうる他の治療法について理解しました。

術式説明書に記載された術式を行うために必要な処置と、これらの目的にかなった全身、またはその他の麻酔を受けることもあわせて同意します。

説明内容をよくお読みになって、わからない事がある場合には医師へ質問をしてください。

その上で、手術を受ける事に同意される場合、下記に自署で記名いただき、本書面(病院保管)を手術前に必ずご提出ください。

同意日: 2019 年 11 月 11 日

患者氏名(自署):

※親族や代理人の場合は、代理人氏名欄に自署してください。

代理人氏名(自署):

(患者さんとのご関係:)

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科

説明日: 2019 年 11 月 11 日

説明者: 北郷 実

患者氏名:

患者番号:

9 206393K0012220191109202301226560 61721019A