同　意　書

あなたは手術・検査に関してセカンドオピニオンを求める権利を有しています。

手術名　亜全胃温存膵頭十二指腸切除術

検査名

担当医師　吉田 瑛司　吉田 瑛司

立会看護師　[redacted]

函館五稜郭病院長　殿

この度受ける上記の手術・検査に関して手術・検査の目的、麻酔の必要性、および合併症などについて充分説明を受け、納得したうえで手術・検査に同意したものである事を申し入れます。

[redacted]年[redacted]月[redacted]日

患者氏名　[redacted]　㊞　※本人署名の場合は押印不要です

（代筆者氏名　　患者との続柄：　　）

※代筆者の場合には患者氏名の記名と患者の印が必要です

（代諾者氏名　　患者との続柄：　　）

同席者氏名　[redacted]　患者との続柄：[redacted]

同席者氏名　[redacted]　患者との続柄：[redacted]

本同意書の内容と同一内容の記載書面を本日受領しました。

[redacted]年[redacted]月[redacted]日

受領者　[redacted]　本人・家族（続柄　　）