

同意書

大田市立病院長 殿

この度、私は(論文作成 等)について
説明を受け、その必要性、内容、危険性等について十分理解しましたので、
その施行に同意します。

なお、このたびの手術・麻酔・検査・処置に関連して、緊急の場合または医学上の
立場から処置の変更を行う必要がある場合は、その処置を受けること、及びその際
の医療機器・治療材料等の安全使用のため、関係業者が立ち会う必要がある場合
は、立ち会うことについて同意します。臨床研究及びNCD登録についても同意します。
また、説明文書についても受領しました。

令和 〇年 〇月 〇日

患者本人

住所

氏名

印

同意者

住所

(続柄

)

氏名

印

注1. 患者さまの欄はご本人が署名捺印して下さい。ただし未成年者または意識障害などで
ご本人が署名できないときは、その親権者・後見人・扶養義務者・保護義務者等が
署名捺印して下さい。

注2. 同意者の欄は、配偶者・子・親・兄弟・姉妹のいずれか成人者の一人とします。
ただし、親族がいない場合はこれにかかわる方が記入して下さい。

説明医

濱口 俊一

説明日

令和5年1月13日