

手術承諾書

記

患者氏名	■■■■	■■■	年	■■■	月	■■■	日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
傷病名（疑症を含む）	古嚢胞							
麻酔方法	<input checked="" type="radio"/> 全身麻酔・局所麻酔・その他（ ）							
手術（検査・処置）術式	嚢胞摘出術							
その他必要事項								

上記のような手術が必要であることを説明いたしました。

■■■年■■■月■■■日

担当医

古郷幹彦 

大阪大学歯学部附属病院長 殿

この度、私の病状について、担当医から貴院診断の結果およびこの手術の必要性、手術の内容ならびに将来発生の可能性がある諸事項についての説明をうけ、十分このことについて理解しましたので手術の実施に同意いたします。

なお、この度の手術の性格上、緊急の場合または医学上の立場から手術の変更をする必要がある場合には、その処置をうけることについても同意いたします。

■■■年■■■月■■■日

患者

住所

氏名

配偶者

住所

親権者

氏名

その他（患者との関係）

（ 父 ）