同　　意　　書

千葉大学医学部附属病院院長　殿

私は、消化器内科[redacted]医師より、文書と口頭によって、私の診療のために行われる予定の胆管ステントに関して、その目的と必要性、期待される効果、危険性、可能性のある合併症について説明を受け、十分理解をしました。診療に必要であると判断しましたので、上記の診療行為を受けることに同意します。

患者番号 [redacted]

患者氏名 [redacted]　　（署名）[redacted]

患者代理人氏名（自署）

住所

患者との続柄

説明医師（自署）[redacted]

立ち会い医師（看護師）（自署）