

## 短期滞在手術同意書

(患者氏名)

様

明・大・昭・平 年 月 日生( 歳) 平成 年 月 日

病棟 (病室)	病棟 号室	様式09
病名 (他に考え得る病名)		
症状		
治療計画		
検査内容及び日程		
手術内容及び日程		
手術後に起こりうる 症状とその際の対処		

(主治医氏名)

④

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞手術をうけることに同意します。

(本人または家族)