

# 短期滞在手術同意書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

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)

印

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在手術を受けることに同意します。

(患者氏名)

印