

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うけることに同意します。

(患者氏名) 印