

同意書

社会医療法人愛仁会 千船病院 病院長殿

患者氏名：

患者 ID：

手術・麻酔・検査・処置・治療などの名称

無痛分娩(自費診療) 初産婦 15 万円 経産婦 13 万円 (非課税)

私は、上記の医療行為を受けるにあたり、下記の医師から詳しい説明を受け、わからない点について質問をする機会も持ちました。この度の処置について、その内容、必要とされる理由、実施に伴う危険性、予測される合併症、その他実施する可能性のある必要処置などについて、十分に理解いたしましたので、その実施を同意いたします。

説明実施医師 _____ 麻酔 科 (署名) _____
立ち会い医療従事者(職名) _____ (署名) _____

説明年月日：

私は、上記医療行為に関する説明書を _____ に受け取りました。
署名 _____