手術同意書

（患者氏名） 殿

平成 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 病 名 |  |
| 症 状 |  |
| 治 療 計 画 |  |
| 検査内容および日程 |  |
| 手術内容および日程 |  |
| 手術後に起こりうる  症状とその際の対処 |  |

（主治医氏名） 殿

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手術を受けることに同意します。

（患者氏名） 殿