

未成年者手術(施術)同意書

1. 本人(手術を受ける方)

氏名: _____ (印)

連絡先: _____

生年月日: _____

住所: _____

2. 保護者(法的代理人)

氏名: _____ (印)

連絡先: _____

保護者(法的代理人): _____

生年月日: _____

住所: _____

3. 内容

1. 患者の状態、実施される手術(施術)、麻酔の性質と効果、発生するリスクおよび合併症について十分な説明を受けました。また、相談時および手術(施術)同意時において、判断を妨げる要因がなかったことを確認します。

2. 患者の保護者として、手術(施術)の進行に関する一切の権限を患者本人に委任し、主治医の指示と判断に全面的に協力することを確認します。

3. 手術(施術)同意書の作成およびその他手術(施術)を受けるために必要なすべての手続きや書類への署名・押印に関する権限および責任を、患者本人に委任します。

4. 本書が本人または法定代理人に対して十分に説明され、虚偽なく記載されたことを認め、法定代理人(保護者)の署名の効力を認めます。

添付書類: 法定代理人(保護者)の身分証明書コピー、家族関係証明書
患者本人が満14歳未満である場合には、法定代理人が作成してください。

日付: _____



保護者署名: _____ (印)