

医療法人社団恵心会 京都武田病院 宛

## 確 認 書

<u>治療方法がどのようなものか、自分でも説明できますか？</u>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<u>効果だけでなく、リスクや副作用などについても知り、納得しましたか？</u>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<u>ほかの方法や選択肢の説明も受け、自分で選択しましたか？</u>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

貴院で治療を受けるにあたり、上記の点につき確認し、チェックを入れました。

年       月       日

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者又は代理人氏名 \_\_\_\_\_

(未成年者の場合のみ)