

確認書

治療方法がどのようなものか、自分でも説明できますか？

はい いいえ

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？

はい いいえ

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？

はい 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)