

歯科治療 手術・麻酔 承諾書依頼書
検査・その他

平成 年 月 日

様

患者氏名 男
生年月日 年 月 日 女

このたび、私が貴院において（ ）治療を受けるに当たり、病状並びに手術、麻酔の内容（危険性および有効性を含む）等について担当医から説明を受け理解しましたので、その施行についての一切を貴院にお任せ致します。

患者署名 氏名 ⑩

親族署名 住所

氏名

（患者との続柄 ）

説明実施
歯科医師署名 ⑩

- 注） 1. 患者署名欄には、本人が署名してください。
2. 親族署名欄には、患者が未成年者又は意識障害などで本人が署名できない場合に、その親権者、後見人、親、子、兄弟姉妹の成年者等が署名してください。

歯科治療 手術・麻酔 承諾書依頼書
検査・その他

平成 年 月 日

様

患者氏名 男
生年月日 年 月 日 女

このたび、私が貴院において（ ）治療を受けるに当たり、病状並びに手術、麻酔の内容（危険性および有効性を含む）等について担当医から説明を受け理解しましたので、その施行についての一切を貴院にお任せ致します。

患者署名 氏名 ⑩

親族署名 住所

氏名

（患者との続柄 ）

説明実施
歯科医師署名 ⑩

- 注） 1．患者署名欄には、本人が署名してください。
2．親族署名欄には、患者が未成年者又は意識障害などで本人が署名できない場合に、その親権者、後見人、親、子、兄弟姉妹の成年者等が署名してください。