

未成年者 施術 同意書

I. 本人(施術を受ける人)

姓 名: _____ (印)

連 絡 先: _____

生年月日: _____

住 所: _____

II. 保護者(法的代理人)

姓 名: _____ (印)

連 絡 先: _____

患者との関係: _____

生 年 月 日: _____

住 所: _____

III. 内容

本人(または法的代理人)は上記の患者()の保護者として下記の内容を十分に理解したため、手術(施術)を受けることに同意します。

- 記 -

1. 患者の状態、施行される手術(施術)、麻酔の特性と効果、発生する可能性のある合併症に対して十分な説明を聞き、相談時と手術(施術)同意時に自律的な判断を妨害する要素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)の進行過程についての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調することを確認します。
3. 手術(施術)同意書作成及びその他の手術(施術)を受けるのに必要なすべての過程、または必要な書類に署名/捺印し同意する権限及び責任を患者が本人が委任します。
4. この文書が本人または法的代理人に十分に説明され、虚偽なく記載されていることを認め法的代理人(保護者)の署名効力を認めます。

20 年 月 日

保護者: _____ (印)

添付書類: 法的代理人(保護者)の身分証のコピー、家族関係証明書
患者本人が満14歳未満の場合には法的代理人が作成します。