

一般的診療に関する包括的同意書

(あて先) 公立松任石川中央病院

わたしは、貴院における一般的な検査・治療等(一般的診療)について

同意します

同意しません

同意年月日 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

ご本人 氏名(署名)： 〇 〇 〇 〇 生年月日 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
ご本人が自筆で記入してください

代筆者 氏名(署名)： _____ 患者との続柄： _____
ご本人氏名をやむを得ずに代筆された場合は、代筆者の氏名を記載してください

ご本人が未成年の場合、又は意識障害などで署名できない場合は、保護者・親権者等の代諾が必要です

代諾者 氏名(署名)： _____ 患者との続柄： _____