

# 手術・施術同意書

\_\_\_\_\_について、医師より十分な説明（術前の注意事項、手術・施術の方法、麻酔方法、効果、起こりうる副作用、費用、術後の注意事項など）を理解したうえで本治療を受けることに同意します。

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ (印)

保護者 \_\_\_\_\_ (印)