

手術同意書

「歯周外科手術」・「外科的歯内療法」の实地について、担当医から以下の項目について説明を受けたことを確認してください。

- * 治療の目的と治療方法（手術の内容・手順）
- * 他の治療方法
- * 手術後の不快症状、注意事項について
- * 治療に同意しない場合でも不利益を受けないこと
- * 同意した後でも随時これを撤回できること
- * 治療に関する質問はいつでもできること

上記の内容について、担当医から『「歯周外科手術」・「外科的歯内療法」の説明文書』を受け取り、詳細な説明を受けて納得し了承しましたので、この治療を受けることに同意します。

同意日：_____年_____月_____日

住所：_____

氏名：_____（自署）

（未成年者の場合 保佐人氏名：_____）

私は担当医として、今回の治療について上記の項目を

_____年____月____日に説明し、

_____年____月____日に同意が得られたことを確認しました。

担当医 所属科： 歯周科

氏 名：_____（自署）