

承 諾 書

医療法人 藤杏会 伊藤医院 院長殿

このたび私が入院、手術、麻酔、処置、特殊検査、特殊治療など受けるにあたり、その内容、予後等につき担当医師から十分説明を受け了解いたしましたので、その実施をお願いします。又、実施中の緊急処置についても承諾いたします。

患者氏名 _____ 印

明治・大正・昭和・平成 年 月 日

患者住所 _____

電話番号 (_____)

承諾者氏名 _____ 印

患者との関係 _____

承諾者住所 _____

承諾者電話 (_____)

私の症状等に関して家族に説明する事を承諾します。(該当する所に○をお付け下さい。)

はい(全ての家族に対して説明して良い)・ いいえ(本人のみに説明)

はい(ただし、次の家族・親族に対しては説明してほしくない)

家族・親族名：(_____)

はい(ただし、次の内容に関する事だけは説明してほしくない)

内容：(_____)

個室同意書

入院に際して、個室での治療を希望します。その上で、所定の金額をお支払いする事に同意致します。

日額： _____ 円 印

おむつ購入同意書

入院に際して、貴院よりおむつを購入する事を承諾します。

印

(おむつ料金表は、別紙の入院案内書を参照)