

医療機関名

周術期口腔機能管理 同意書

担当医

印

院長 殿

平成 年 月 日

患者氏名

年 月 日生

生年月日

私は、このたび口腔機能管理についての必要性の説明を担当医より受け、内容を十分に理解し歯科口腔外科もしくは歯科診療所において、必要と認められる診療および検査や処置を受けることを承諾致します。

患者

注1

ふりがな 氏名	印
住所	〒
(患者との続柄)	本人 ・ ()

親族

注2

ふりがな 氏名	印
住所	〒
(患者との続柄)	()

注)

1.患者の欄は、本人が記入して捺印して下さい。

ただし、病状により本人が記入できないときは、代筆し捺印して下さい。

2.患者が未成年者又は意識障害者等については、その親族、後見人、扶養義務者等が記入し捺印して下さい。