同　　　意　　　書

治療名：申請書と統一してください。

東邦大学医療センター大橋病院　病院長　殿

　 私は、この治療を受けるにあたり、担当医師より説明文書の内容について十分な説明を受け、その内容を理解した上で、自由意思によりこの治療をうけることに同意します。

本人（16歳以上）

同意年月日：２０　　　年　　月　　日

氏名（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代諾者（未成年・本人が同意できない状態にある場合）

同意年月日：２０　　　年　　月　　日

患者との続柄：

氏名（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

担当医師

説明年月日：２０　　　年　　月　　日

診療科：○○科

担当医師名：役職　　氏名　　　　　　　　　　　　　 印

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：　　　―　　　－ | 診療責任者　㊞ |

同意撤回書

治療名：申請書と統一してください。

東邦大学医療センター大橋病院　病院長　殿

　 私は、東邦大学医療センター大橋病院において実施されるこの治療に協力することについての同意を撤回したいので、お知らせいたします。

本人（16歳以上）

同意年月日：２０　　　年　　月　　日

氏名（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代諾者（未成年・本人が同意できない状態にある場合）

同意年月日：２０　　　年　　月　　日

患者との続柄：

氏名（署名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

担当医師

説明年月日：２０　　　年　　月　　日

診療科：○○科

担当医師名：役職　　氏名　　　　　　　　　　　　　 印

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：　　　―　　　－ | 診療責任者　㊞ |