

承諾書

平成 年 月 日

会津中央病院長 殿

このたび、私が貴院において、手術、麻酔、処置、検査等
() を受けるにあたり、担当医からその内容について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施を承諾します。

また、歯科麻酔科医（歯科医師）が医師とともに麻酔に
関与する事を承諾します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適
宜処置されることについても承諾します。

患者氏名 _____ 印
(年令 才 棟 号室)

* 医科診療における麻酔について *

当院の麻酔は手術術式に応じて、
医科麻酔科医（医師）、歯科麻酔
科医（歯科医師）、各科担当医が
施行します。全身麻酔を必要とし
ない小規模手術は各科担当医が主
に行いますが、その他の麻酔は症
例に応じて医科及び歯科麻酔科医
が実施します。当院は、歯科臨床
研修施設及び歯科麻酔研修施設に
指定されている関係上、歯科医師
が医科診療にも関与しております。

(注) 本人が未成年者または署名できない場合などは
下記にご記入ください。

保護者または
保証人氏名 _____ 印

住 所 _____

電 話 _____ () _____

患者との続柄 _____

診療科名 _____ 科

医師名 _____ 印