

医療法人社団愈光会 Clinic C4 治療同意書

医療法人愈光会 Clinic C4 院長
青木 幸昌 殿

私 _____ は、以下の治療に関連し、医療法人社団愈光会 Clinic C4 医師からの口頭での説明、及び同意説明文書においてその内容について十分理解し、同意致しますので、ここに医療法人社団愈光会 Clinic C4 において治療を受けることを希望します。

また、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

■医療法人社団愈光会 Clinic C4 で私が希望する治療

希望する	希望しない	項 目
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	樹状細胞およびナチュラルキラー細胞局所療法
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	樹状細胞および活性化リンパ球局所療法（成分採血）
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	樹状細胞および活性化リンパ球局所療法（末梢血）
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	樹状細胞局所療法（末梢血）

以上のことを十分理解した上で治療を希望します。

平成 年 月 日

○患者様
お名前

ご住所

ご連絡先 - -

○家族またはそれに準ずる方
お名前

御本人との続柄:

ご住所

ご連絡先 - -

説明年月日 年 月 日

確認医師 医療法人愈光会 Clinic C4
院長 青木 幸昌

東京都渋谷区元代々木町 33-12 1F
電話:03-6407-9407 FAX:03-6407-9408