同　意　書

院長殿

私は「多血小板血漿療法」に関し、口頭及び文書にて説明を受け、下記の内容を理解しました。その上で私の自由意志によりこの治療を受けることを同意いたします。

□　治療法の概要について
□　治療の予測される効果と起こるかもしれない副作用について
□　他の治療法の有無及びこの治療法との比較
□　この治療はいつでも取りやめることができること
□　この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
□　同意の撤回方法について
□　この治療を中止する場合があること
□　他の治療との併用について
□　個人情報の保護について
□　この治療の費用について
□　いつでも相談できることについて

同意年月日　　平成　　年　　月　　日

患者氏名（署名または記名捺印）　　㊞
連絡先

代諾者（署名または記名捺印）　　㊞
連絡先
患者様との関係　　生年月日：　　年　　月　　日生

立会人（署名または記名捺印）　　㊞
連絡先
患者様との関係

説明をした医師及び説明日　　平成　　年　　月　　日

署名：　　㊞

医療法人社団　中川歯科医院