説明同意書

〇〇病院

医師　〇〇　〇〇　様

私は、以下の説明事項に関する説明を受け、その内容を理解しましたので、以下の同意事項に同意します。

説明事項

１　病名は、〇〇です。

２　手術の必要性は、〇〇だからです。

３　手術内容は、以下の部位について以下のとおりです。

（１）　〇〇

（２）　〇〇

４　手術後に期待される効果は、〇〇です。

５　手術後に起こり得る副作用は、〇〇です。

６　手術をしなかった場合に予期される症状は、〇〇です。

７　手術費用は、〇〇円です。

同意事項

１　医師及びスタッフの指示に従い、手術を受けることに同意します。

２　アレルギー、痛み、かゆみその他手術を中止すべき症状や事情があると判断した場合、手術を提供できないことに同意します。

３　個人情報は、手術を行うために必要な範囲で使用されるほか、プライバシーポリシーに定める利用目的に従って利用されることがあることに同意します。

４　この同意書の内容に違反した場合、手術が中止される場合があることに同意します。

免責事項

１　手術中に負傷や疾病などが発生した場合、スタッフその他の関係者に故意又は重大な過失がないかぎり、一切の責任を負いません。

２　手術中に発生した盗難や紛失について、スタッフその他の関係者は一切の責任を負いません。

３　手術料金の返金は、いかなる理由であってもできません。

　　　年　　月　　日

住所：

氏名：