

麻酔に関する同意書

〇〇〇〇〇〇〇〇病院 〇〇院長 殿

私は、今回の麻酔の必要性とその内容、これに伴う危険性などについて十分な説明を受け、理解いたしましたので、その実施を同意します。なお、麻酔実施中に緊急の処置・検査を行う必要が生じた場合には、適宜処置・検査されることについても同意します。

____年 ____月 ____日

1. 患者氏名（自署）

※患者さんが、意識不明・病状等により署名が出来ない場合は、保護者、代理人の方に代筆していただき、下記の保護者、代理人署名欄に署名をお願いします。

※患者さんが、未成年者の場合は、下記の保護者、代理人署名欄に親権者または未成年後見人の方などの署名をお願いします。

2. 保護者、代理人（自署）

_____（患者との続柄 _____）

3. 同席者（自署）

_____（患者との続柄 _____）