

# 手術承諾書

医療法人社団 藤浪会 整形外科 井上病院長 殿

私は、手術に関する事項について十分な説明を受け、理解しました。  
手術に伴う危険性についても説明を受け、承知しましたので、手術を受けることに同意します。  
また、緊急の場合は担当医師の判断で必要処置等をする場合があることにも同意します。

令和 年 月 日

患者氏名	_____	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日
現住所	_____	
電話番号	( ) _____	
職業	_____	
(患者未成年の場合)		
保護者氏名	_____	

保証人氏名	_____	続柄	患者の	_____
現住所	_____			
電話番号	( ) _____			
職業	_____			