

陰部等皮膚腫瘍切除・焼灼手術 に関する同意書

術式	陰部等皮膚腫瘍切除・焼灼手術
手術予定日時	令和 年 月 日 () : ~ (来院 :)
麻酔方法	局所麻酔
現在の症状	できもの
手術の必要性・目的	できものの切除・病理検査
その他	<input checked="" type="checkbox"/> コンジローマ切除術・ <input checked="" type="checkbox"/> 外尿道腫瘍切除術 皮膚皮下腫瘍切除術 (<input type="checkbox"/> 3cm未満・ <input checked="" type="checkbox"/> 3cm以上～6cm未満・ <input type="checkbox"/> 6cm以上～12cm未満)

読んだ項目に、✓を記入してください

- ① 陰部等皮膚腫瘍切除・焼灼手術について
(合併症について)
- ② 手術前～手術後のながれ
(手術前日まで、手術当日～来院、手術前～手術中～手術後、帰宅後、術後の経過について、手術翌日～)
- ③ 尖圭コンジローマについて
(原因・症状・予後・診断・治療・経過・予防について)
- ④ ヒトパピローマウイルス (HPV) について
(HPVワクチンについて)
- ⑤ 手術料金について
- ⑥ 手術キャンセル料について
(キャンセル料発生日: 7日前 / 3日前 /)

手術についての説明文書(別紙)を読み、上記の内容について理解しました。
 陰部等皮膚腫瘍切除・焼灼手術について、十分な説明を受け、理解しました。
 そのうえで、手術を受けることに同意します。
 また、医師の判断で必要処置等を実施する場合があることにも同意します。

同意日	令和 年 月 日
本人署名	(診察券番号:)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	- -
住所	〒 -
代理人等署名	(続柄:) 電話番号 - -
住所	〒

上記署名者に対して、手術について説明しました。

説明日 令和 年 月 日 院長 北村 健

上記患者(あるいは代理人等)が本文書において手術に同意したことを確認しました。

確認日 令和 年 月 日 院長 北村 健

※ 患者様本人が同意能力のない未成年者の場合には、
 上記の代理人等署名欄に保護者の方による署名をお願いいたします。