

〇〇クリニック

院長 〇〇 〇〇 様

私は、別紙「〇〇療法説明書」に基づき医師より説明を受けました。

診療プログラムと診療料金についてもよく理解し納得いたしましたので、下記の内容で〇〇療法を受けることに同意いたします。

また、診療中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その場合の費用を負担することも同意いたします。

- 〇〇療法の種類 ()
- 治療期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日頃
- 概算診療費 ()
- 診療費のお支払い方法 ()

平成 年 月 日

患者様署名 _____ (印)

ご住所 _____

電話番号 _____

親族または理解補助者（父母・配偶者・兄弟姉妹等）

お名前（署名） _____ 続柄 _____

ご住所 _____

電話番号 _____

注：〇〇治療期間中、患者様の都合や医師の判断で治療を中止または変更する場合があります。中止の場合は以後の治療費は発生いたしません。変更の場合は治療費の変更を事前にお知らせいたしますのでお申し出ください。

平成 年 月 日

私は説明書に基づき、患者様に〇〇治療についてご説明いたしました。

説明担当医師名 _____ (印)