



周術期等口腔機能管理同意書

担当医


R 年 月 日

院長殿

患者氏名 _____.
生年月日 _____ 年 月 日生

患者 注 1	ふりがな 氏名	(患者との続柄) 
	住所	〒 _____
親族 注 2 (後見人等)	ふりがな 氏名	(患者との続柄) 
	住所	〒 _____

私は、このたび口腔機能管理についての必要性の説明を担当医より受け、内容を十分に理解し歯科口腔外科もしくは歯科診療所において、必要と認められる診療および検査や処置を受けることを承諾致します。

注)
1. 患者の欄は、本人が記入して捺印して下さい。ただし、病状により本人が記入できないときは、代筆し患者印を捺印して下さい。
2. 患者が、未成年者又は意識障害者等については、その親族、後見人、扶養義務者等が記入し捺印して下さい。