

(共 通)

同 意 書

市立旭川病院 病院長殿

このたび、地域連携クリティカルパスの利用に関する下記事項について十分な説明を受けました。

地域連携クリティカルパスについて

- 1. 目的
- 2. 方法
- 3. 期待されること
- 4. 同意と撤回の自由
- 5. 有害事項
- 6. 質問の自由

上記について、担当者から説明を受けよく理解したうえで、地域連携クリティカルパスの利用について同意します。

同意日 平成 年 月 日

『患者本人』 患者氏名_____

『代理人』 代理人氏名_____

私は、地域連携クリティカルパスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医 師』 説明日 平成 年 月 日

説明医師_____

『説明補助者』 説明日 平成 年 月 日

説明者_____