（別紙様式８）

短期滞在手術同意書

（患者氏名）　　殿

平成　　年　　月　　日

病　　名	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
手術後に起こりうる症状とその際の対処	

（主治医氏名）　　印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術を受けることに同意します。

（患者氏名）　　印