

手術申込承諾書

よこはま エーブクリニック院長 阿部聖孝 殿

私は、下記の事項を理解した上で、手術を受けることを承諾いたします。
(未成年者の場合は保護者が必ず署名、捺印して下さい。)

受付日	年 月 日		
患者氏名	⑩		
住所	〒		
電話番号	— —		
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年齢 歳
保護者氏名	⑩		
続柄		電話番号	
年齢	歳	—	—
手術内容			

【注意事項】

- 手術の結果を100%保証するということは、どのような手術の場合にも不可能です。
- 手術の結果には、個人差があります。手術の傷の治り方や腫れの引き方などは、各人各様です。その間は、医師の指示に従って下さい。尚、医師の申し上げている仕上がりにについては、大体の予測だと承知しておいて下さい。
- 手術は、ときには一度で目的を達成しないこともあり得ます。
その時には、普通3～6ヶ月後くらいに再手術を行います。
- 主観的な100%の出来映えを求めないで下さい。
わずかな変化のために、非常に難しい手術を受け直したりすることは、多大なリスクを負うこととなります。
- 手術を安全に行うために、貴殿ご自身の既往歴・体質などは偽りなくご申告下さい。
- 手術に関して少しでも疑問な点がありましたら遠慮せずご質問下さい。
また、ご理解・ご納得頂いた状態で手術をお申し込み下さい。