

手術（処置）の同意書

サラ美容外科院長 殿

私からの手術（処置）の依頼に対し、貴院担当医師から既往歴・薬物に対する特異体質などの問診を受け、手術（処置）・麻酔法その他の実施並びに合併症、経過、下記の重要注意事項について詳しく説明をして戴き、よく理解しました。よって予定されている手術（処置）の施行に同意します。

受付日	令和 年 月 日			
住 所			TEL	() —
患者氏名	印	大正 年 月 日生 昭和 平成		才
保護者氏名	印	続柄	TEL	() —
		年齢 才		
手術内容				

※未成年者の場合は保護者の署名・捺印が必要です。

重要注意事項

1. 手術（処置）を安全に施行するためにも、ご健康状態・既往症・アレルギー・年齢など重要な事柄については正確に告知してください。
2. 手術（処置）後の経過を良好にするためにも、日常生活等の注意は医師の指示に従ってください。
3. 手術（処置）の結果には個人差があります。術後の傷の治り方、腫れのひき方などは各人各様で、医師の申し上げている仕上がり、術後の経過、合併症は大体の予測になることをご理解ください。
4. 手術（処置）は、ときには一度で目的を達成しないこともあります。場合によっては、3～6ヶ月後ぐらいに再手術（処置）が必要となることがあります。
5. 主観的に完璧な仕上がりを追求しても、その様な結果にならないこともあります。また、わずかな変化のために手術を受け直すことは、多大なりスクを負うことになります。