

無痛分娩に関する同意書

浜田病院 院長 合阪幸三 殿

私は、上記診療行為説明を受け、内容を理解致しましたので同意します。
又、上記診療行為を行う上で必要な処置、及び上記診療において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることも併せて同意します。

年 月 日

本人氏名

現住所

配偶者氏名

続柄

現住所