

治療同意書（医療機関控え）

東京性病クリニック 五反田院

このたび、私は必要に応じて血液検査を含む検体検査を行い、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたします。特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- エイズを含めた感染症を検査する事
- 検査の結果、感染症が認められた場合治療を行う事
- 追加で必要な検査・治療を行う事
- 抗菌薬を主とした治療薬・予防薬の作用・副作用の説明を
- 治療料金についての説明

年 月 日

患者様 (本人)

医 師 (本人)

保護者 (本人)

【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。

治療同意書（患者控え）

東京性病クリニック 五反田院

このたび、私は必要に応じて血液検査を含む検体検査を行い、担当医師より詳細な説明を受け、同意いたします。特に下記項目については、担当医師とともに確認いたしました。

- エイズを含めた感染症を検査する事
- 検査の結果、感染症が認められた場合治療を行う事
- 追加で必要な検査・治療を行う事
- 抗菌薬を主とした治療薬・予防薬の作用・副作用の説明を
- 治療料金についての説明

年 月 日

患者様 (本人)

医 師 (本人)

保護者 (本人)

【その他特記事項】

重要) この同意書にサインすることで患者様の正当な権利が制限されることは一切ありません。また、この同意書の存在が、担当医師の免責に供されることもありません。