

患者氏名(署名又は記名捺印) _____ (印)

連絡先 _____

親族又は理解補助者(署名又は記名捺印) _____ (印)

連絡先 _____

患者さんとの関係 _____

説明医師(署名又は記名捺印) _____ (印)

所 属 _____

立会人(署名又は記名捺印) _____ (印)

連絡先あるいは所属 _____

患者さんとの関係 _____