

患者氏名：

患者 ID：

手术知情同意书

1. 病名・手术名称：
2. 目前的症状：
3. 手术的必要性・目的：
4. 术式・麻醉方法：
5. 手术预定日： 年 月 日（ ）
6. 其他：

如果您同意接受上述手术，请在下面的栏里签字。

关于上述手术的相关事项，医生向我做了详尽的说明，我已知晓，同意接受手术。（同意后仍可以随时撤回。）我也同意根据责任医生的判断实施必要的处置等。

同意日： 年 月 日

患者姓名： （字母・正楷）

患者签字：

住址：

代理人等姓名： （字母・正楷）

代理人等签字： （与患者关系 ）

住址：

如果拒绝上述手术，请阅读下面文章，理解后在下面的签字栏中签字。

虽然医生已向我说明了手术的必要性，但我拒绝接受手术，并对由此产生的后果，不追究责任医生、检查医生和医院的责任。

签字日： 年 月 日

患者姓名： （字母・正楷）

患者签字：

住址：

代理人等姓名： （字母・正楷）

代理人等署名： （与患者关系柄 ）

住址：

我已向上述签字人做了关于手术的说明。

说明日： 年 月 日 科 责任医生： 盖章

我已确认上述患者（或代理人等）在本同意书上签注同意或拒绝手术。

确认日： 年 月 日 科 责任医生： 盖章

※患者如果是不具备同意能力的未成年人，或因意识障碍、病情等原因无法表示同意和签字，请由监护人、亲权人，或未成年监护人，或亲属等人在上面的代理人等签字栏签字。