

同意文書

森医院 院長 森 環樹 殿

私は、「マイクロアレイ血液検査」の検査を受けるにあたり、説明文書を受け取り、以下の内容について説明を受けました。本検査の内容を十分理解しましたので、本検査を受けることに私の自由意思にもとづいて同意いたします。説明文書と同意書の写しを受け取りました。

検査の内容

検査結果の報告

個人情報の保護

検査の同意

説明を受け理解された方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ署名してください

[本検査を受けることを同意し、了承いたします]

はい ・ いいえ

同意日： 年 月 日

ご本人 氏名（自署） _____

現住所 〒 —

説明日： 年 月 日

医療機関名 _____ 森医院 _____

医師名 _____ 森 環樹 _____

同意文書（受診者様控え）

森医院 院長 森 環樹 殿

私は、「マイクロアレイ血液検査」の検査を受けるにあたり、説明文書を受け取り、以下の内容について説明を受けました。本検査の内容を十分理解しましたので、本検査を受けることに私の自由意思にもとづいて同意いたします。説明文書と同意書の写しを受け取りました。

検査の内容

検査結果の報告

個人情報の保護

検査の同意

説明を受け理解された方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ署名してください

[本検査を受けることを同意し、了承いたします]

はい ・ いいえ

同意日： 年 月 日

ご本人 氏名（自署） _____

現住所 〒 —

説明日： 年 月 日

医療機関名 森医院

医師名 森 環樹