

市立札幌病院開放型病床入院同意書

_____ 院長 殿

_____ 市立札幌病院長 殿

私は、市立札幌病院開放型病床への入院にかかる、利点や診療費用の自己負担について、かかりつけ医 _____ 医師より十分に説明を受け理解いたしました。

市立札幌病院開放型病床への入院に同意いたします。

説明者医療機関名 _____

説明者医師氏名

署名又は記名・捺印 _____ 印

患者署名・捺印 _____ 印

代諾者の署名・捺印 _____ 印