

同意文書

治療に参加するにあたり、担当医師より説明文書「ヘルメット治療に関するご説明」の
下記内容について説明を受け理解しました。

1. 歪みの原因と治療法
2. ヘルメット治療とは
3. 使用するヘルメット「ベビーバンド3」
4. 治療詳細と確認事項
5. 治療費について

私の自由意思にもとづいて、私が治療に参加することに同意いたします。
また、その証として以下に署名し、説明文書・同意文書の写しを1部受け取ります。

同意日：（西暦） 年 月 日

代諾者署名：

（本人との続柄：_____ 患者氏名_____）