

# 手術同意書および研究同意書

インプラント埋入に関する病名・内容・術式・術後経過・通院期間・メンテナンスなどの説明を担当医から受けたので手術に同意します。また、手術に関するあなたの内容は、当院の在籍者が主演者となり学会で報告することがあります。目的は、手術の更なる向上・疾病の臨床・疫学的・研究調査です。これに同意し、私の記録写真を学会にて使用することに承諾します。ただし、当院では、あなたの医学的情報は、医院外部に漏れることはなく厳重に保管し管理を致します。

平成 年 月 日

患者住所:〒

患者氏名:

署名

(説明・依頼者)

医社) 室木口腔外科医院・インプラントセンター 理事長・院長 室木俊美 印

平成 年 月 日

Ver. 1