

様式 a

患者申出療養の医療技術に係る同意書（新規・既存）

申出に係る療養の名称：  
\_\_\_\_\_

説明を受けた保険医療機関名：  
\_\_\_\_\_

標記の医療技術が患者申出療養として実施されるにあたり、当該医療技術に係る有効性及び安全性並びに費用等について説明を受け、これを理解、納得したため、同意します。

平成 年 月 日

患者住所（又は居所）：〒

患者生年月日： 年 月 日

患者氏名（署名）： \_\_\_\_\_ 印

代諾者氏名（署名）： \_\_\_\_\_ 印  
（患者との関係： \_\_\_\_\_）

