

(様式 3)

開放型病床入院同意書

この度、私は独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)仙台病院に入院するに当たり「開放型病床」の説明に納得いたしました。

同病床にて入院治療を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 (印)

現住所

電話番号

代理人 (印)

患者との関係 (続柄)

代理人連絡先 ☎

(医療機関名)

(地域医療連携医) 先生