

同意書

ウィメンズクリニックふじみ野院長 林 直樹 殿

私は、下記の治療を受けるにあたり、説明文書の記載内容について説明を受け、十分理解したので治療を受けることに同意します。

説明者名 \_\_\_\_\_

責任医師 林 直樹 \_\_\_\_\_

治療の名称；排卵誘発剤としてのアロマターゼ阻害剤『レトロゾール』の使用

年 月 日

ID 番号 \_\_\_\_\_

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_

⇒受付にご提出下さい