

様式（ウ）

患者申出療養の同意説明に係る確認書

申出に係る療養の名称：

説明を受けた患者氏名：

患者生年月日：

説明を受けた代諾者氏名：

（患者との関係： ）

標記の医療技術を患者申出療養として実施するにあたり、医薬品等告示 11
（ 2 ）二に係る説明を行ったことを証明します。

年 月 日

説明を行った保険医療機関
所在地

名称

説明を行った保険医氏名：

印