

硬膜外無痛分娩承諾書

私は、上記のごとく処置の内容とこれに伴う危険性について十分な説明を受け理解しましたので、その実施を承諾します。尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても承諾します。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

