

適応外処方についての同意書

医療法人社団 愛慈会
理事長 松本 玲央奈 殿

フェマーラ（レトロゾール）の使用について、目的、方法、予想される効果、副作用等について文書により説明を受けました。本治療を希望し、実施することに同意いたしました。

患者（自署）

同意年月日 _____年____月____日

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____年____月____日

配偶者（自署）

同意年月日 _____年____月____日

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____年____月____日