

レルミナ錠使用同意書

医療法人 愛慈会
理事長 松本 玲央奈

体外受精における排卵抑制を目的としたレルミナ錠の使用について、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す。

患者（自署）

同意年月日 _____年 ____月 ____日

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 昭・平 ____年 ____月 ____日