

# 國 軍 新 竹 區 醫 院

## 分 娩 手 術 同 意 書

病歷號碼：

病人\_\_\_\_\_，性別\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生，因患

\_\_\_\_\_需接受分娩手術經 貴院\_\_\_\_\_醫師

(由醫師親自簽名)詳細說明下列事項，並已充分了解同意由貴院實行該項手術：

一. 需實施手術之原因。

二. 手術成功率或可能發生之併發症及危險。

貴院實施手術時，應善盡醫療上必要之注意，手術中或麻醉恢復期間，若發生緊急情況，同意接受貴院必要之緊急處置。

此 致

國軍新竹地區醫院

立同意書人：

簽章

身份證號碼：

住 址：

電 話：

關 係：病患之

中 華 民 國

年

月

日