

子宮鏡検査（ヒステロファイバースコープ）承諾書

高橋レディースクリニック院長 高橋具視殿

この度、高橋レディースクリニックにてヒステロファイバースコープの検査を受けることについて、検査の説明を受け、承諾しました。

平成 年 月 日

住 所

患 者 氏 名

印

親権者又は保証人

印

緊急連絡先電話番号：

（続柄 氏名 ）