

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子宮鏡検査を受けること
について、検査の説明を受け、承諾しました。

年 月 日

住 所：

患 者 氏 名： 印

保証人 氏 名： 印

緊急連絡先電話番号：

(続柄 氏名)