

同意書

現在、下記アレルギー抗原による 感作抗原検索 特異的減感作療法 の
診療に必要であることに関して十分に説明を受けており、必要に応じて継続
治療を受けることに同意いたします。

製品コード	製品名	和名	規格

平成 年 月 日

説明医師： 施設所在地住所 〒 _____

施設名 _____

医師名 _____ (印)

患者氏名： _____ (印)