

**Consent for Investigation / Procedure /
Treatment / Blood Transfusion / Others****接受醫療檢查或治療程序 / 輸血治療 /
其他 同意書**

Name : _____

Hosp. No.: _____

Sex / Age: _____

Bed No.: _____

I, _____, H.N. _____ hereby consent to
undergo the _____ as doctor prescribed.

The nature, purpose, main risks and complications have been explained to me.

Signature of Client_____
Signature of Doctor_____
Signature of Witness_____
Date_____
Name of Doctor_____
Rank & Name of Witness

本人 _____，醫院號碼 _____ 同意接受醫生
處方的 _____。

並已清楚明白其檢查、程序或治療的性質、目的、主要風險和可能引起的併發症。

病人簽署_____
醫生簽署_____
見證人簽署_____
日期_____
醫生姓名_____
見證人姓名/職位