

手術の説明同意書

同種腓島移植についての説明

患者_____様(ID_____)に対する上記の検査・治療に関して、検査・治療の目的、内容、期待される効果、予想される合併症・副作用と対処方法、他の選択肢の有無等及び上記の検査・治療において、万一予期できない状況が生じた場合に当院が必要と判断する緊急の手術や処置を行うことをご説明いたしました。上記の説明について分からないことがありましたらどうぞ質問してください。また、他の医師や他の施設の意見(セカンドオピニオン)を希望される場合には、ご紹介いたしますのでお申し出下さい。

今回の説明に対する同意のご意向について、下記にご署名ください。なお、同意をされなかった場合や、途中で同意を撤回された場合にも、診療上の不利益を受けることはありません。

説明日 _____年____月____日 _____時____分
予定日 _____年____月____日
説明医師 _____科 _____
_____科 _____
病院側同席者 職種 _____
_____ 職種 _____

患者本人に同意する能力がない場合で、かつ、緊急で医療行為を実施する必要があるにもかかわらず代理人の署名をもらうことができないが、本検査・治療を実施することにつき妥当と判断する。

判断日 _____年____月____日

医師 _____科 _____ 当院職員使用欄

藤田医科大学病院長 殿

検査・治療の内容、リスク、合併症および予後等につき詳しく説明を受け、よく理解できない点については質問し、理解できました。そのうえで上記説明に

同意いたします。

説明を受けましたが同意できません。

同意日 _____年____月____日
患者さん ご氏名 _____
代理人 ご氏名 _____ (続柄: _____)
同席者 ご氏名 _____ (続柄: _____)
同席者 ご氏名 _____ (続柄: _____)