手順書様式2

臨床倫理委員会の審議を経て承認された医療実施計画の同意書

本院では、患者様の権利を守り、患者様が安心して診療が受けられますように、担当医師から手術・麻酔・検査・処置・薬物療法などにつきましては十分な説明を行い、患者様からの自由意志による同意を得たうえで診療を行いたいと考えています。担当医師の説明を納得されその診療行為の実施に同意されるときには同意書に署名してお返し下さい。

医療の名称：

説明内容

1. 病名・病態
2. 検査・治療の目的

（１）目的（必要性・有効性・方法・種類 など）

（２）実施予定日／予定期間

　　熊本大学病院長承認の日から西暦〇〇年〇月〇日まで

初回処置予定日　西暦〇〇年〇月〇日

　　処置実施場所

1. 検査・治療の概要と注意事項
2. 治療・検査の内容や性格
3. 治療・検査の注意事項（療養上の注意点、費用、予後など）
4. 個人情報の取り扱いについて

　４．検査・治療に伴う危険性とその発生率

５．偶発症・合併症発生時の対応（専門科との連携体制など）

　　院内の専門診療科と連携し、対応いたします。

６．代替手段と危険性

（１）代替可能な検査・治療とそれに伴う危険性とその発生率

（２）セカンドオピニオン

治療の進行状況や治療選択などについて、現在診療を受けている医師とは別の医師に意見を求め、患者様が納得した上で治療法を決めることができます。セカンドオピニオンを希望される場合は、必要に応じて適切な院内診療科あるいは外部の医療機関を紹介することができます。

７．検査・治療を行わなかった場合に予想される経過：

８．検査・治療の同意撤回

検査・治療の実施直前までに同意を撤回することができます。同意を拒否されても、または実施直前までに同意を撤回されても、診療上、不利益を受けることはありません。

９．平日・夜間・休日の連絡先

　　上記説明内容についてお尋ねになりたい場合は、以下の連絡先にいつでもご連絡ください。

* 096-373-　　　　　　（　　　　病棟　　　階：　　　　　　　　　科　）

１０．その他：　（参考文献など）

　西暦　　　年　　　月　　　日

　　熊本大学病院

　　診療科名（部）　　　　　　　　　　　　　　説明した医師名　　　　　　　　　　　　印

　　診療科名（部）　　　　　　　　　　　　　　　　　　同席者　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （医師又は看護師）

熊本大学病院長　殿

　私は、上記診療行為について十分な説明を受け、納得しましたので実施に同意します。なお、上記の診療行為中、予期しない生命にかかわるような緊急状況が発生した場合は、医師が必要と判断した処置を行うことも同意します。

　　西暦　　　年　　　月　　　日

　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　※親族等氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　※（患者との続柄：　　　　）

　　　　　住所：

　　　　（※患者本人が未成年者、又は親族等の同意が必要な場合に記載して下さい。）

熊本大学病院

説明補助記録紙

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 実施日時 | 年　　　　月　　　　　日　　時間　　　　：　　　　～　　　　： |
| 説明者 |  |
| 記載者 |  |

（図や絵などを用いてよりわかりやすく説明する）

同 意 撤 回 書

熊本大学病院長　　　　　　　　　殿

　私は、「　　　　　　　　　　　　　　　」に実施することに同意しておりましたが、この度、自らの意思により前回の同意を撤回することにいたします。

西暦　　 年　　 月　　 日

　【患者の署名欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | （署名または記名・捺印） |
| 住　　所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |

【代諾者の署名欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | （署名または記名・捺印） |
| （ 患者との関係 ：　　 　） | |

（患者本人が未成年、又は親族等の同意が必要な場合に記載してください。）

【医療責任者もしくは医療担当者の署名欄】

私は、上記患者が、医療の実施を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦　　　 年　　 月　　 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属 |  |  |
| 氏　　名 |  | （署名または記名・捺印） |