

同意文書

昭和大学病院 病院長 殿

別紙のとおり、がん薬物療法の説明文書を受け取り、下記の□にチェック（☒）を付けた項目について説明を受けました。

1. ☒ 診断名、病態について
2. ☒ 実施予定の治療の目的と内容について
3. ☒ 有効性、成功率と危険性（合併症、副作用等）について
4. ☒ 積極的な治療を行わない場合の予後予測について
5. ☒ 実施予定医療の代替となる医療の効果、成功率と危険性について
6. ☒ セカンドオピニオンについて
7. ☒ 同意の撤回および不同意について
8. ☒ 質問の機会について
9. ☒ 予測される医療費について
10. ☐ その他

【説明医師の署名欄】

説明日：20 21 年 11 月 27 日 18 時 00 分
 診療科：腫瘍内科
 説明者名（自筆署名）：_____
 説明同席者（自筆署名）：_____

【ご本人の署名欄】

上記の内容を理解した上で、

☒ 同意します。 ☐ 今回は同意しません。 ☐ セカンドオピニオン等を検討します。

同意年月日：20 21 年 11 月 27 日 18 時 00 分

ご本人 氏 名（署名） _____

生年月日： _____

【代諾者の署名欄】

上記の内容を理解した上で、代諾者として

☐ 同意します。 ☐ 今回は同意しません。 ☐ セカンドオピニオン等を検討します。

代諾者 氏 名（署名） _____

患者との間柄： _____