

癌化学療法説明・同意書

市立豊中病院 病院長 殿

説明日： 年 月 日

説明医師： _____ 印

同席者： _____ 印 (職種) ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他 (_____)

私は上記医師より病状並びに化学療法について十分説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。この説明により、下記の化学療法及び関連する事項について理解した上で、下記化学療法の実施につき同意します。

① 病名 _____

② 化学療法の内容

使用する薬剤 _____

予想される治療期間 1クール ____ 週×治療効果が副作用を上回ると予想される限り何クールでも続けます。

③ 期待される効果

☐ 腫瘍縮小効果 ☐ QOL（生活の質）改善効果

☐ 延命効果 ☐ 治癒の可能性

④ 化学療法により起こる可能性がある主な副作用

☐ 骨髄抑制（白血球減少、血小板減少、貧血） ☐ 食欲低下 ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 倦怠感

☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 口内炎 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 肝障害

☐ 腎障害 ☐ アレルギー反応 ☐ 間質性肺炎 ☐ 脱毛 ☐ むくみ

☐ 末梢神経障害（手足のしびれなど） ☐ 心筋障害（不整脈や心不全）

☐ 消化管穿孔 ☐ 創傷治癒遅延 ☐ 腫瘍からの出血 ☐ 座瘡

☐ 手足症候群 ☐ 血栓塞栓症（脳梗塞、深部静脈血栓症など）

☐ 穿刺に伴う合併症として、抗がん剤静脈内投与に際し、穿刺部位の末梢神経障害や、薬剤漏出による皮膚障害が生じる可能性があります。

☐ その他の副作用

⑤ 治療関連死（副作用死）の可能性

上記のような副作用が出現した際には適切に対処しますが、副作用の現れ方によっては致死的なものとなる可能性もあります。

⑥ 他の治療法

症状コントロールを中心に行う緩和医療も一つの選択肢です。

⑦ 医学研究（治療内容の研究・学会などでの発表）、プライバシーの保護

治療の結果を個人が特定されないような形で学会などで発表させていただくことがあります。

(I D : _____)

様

年 月 日

患者様署名 _____

親族（続柄： _____ ） _____

代理人 _____

市立豊中病院