

1956年5月15日生

南京大學經濟學系附屬中學

說明書

私は、患者

設に対しての下記手術・検査・麻酔の必要性、

危険性、及び合併症などについて、次のように説明いたしました。

手術・検査等の名称 KM-CART (腹水3回・濃縮) について

説明の内容 現在の病状と問題点 慢性肺腫瘍と肺動脈瘤

腹水貯留

腹水による痛み、呼吸困難

蛋白漏出による肩肘痛、腹水穿刺

局所麻酔

合併症

(出血、感染、アレルギー反応、低蛋白血症)

腹水をめいめい吸収 (低蛋白血症)

よく貯まってしまう

腹水中の蛋白を吸えるか、判断する。

→ 血管に戻す事で、腹水があまりに減ると

● 月に1~2回程度のペースで行います

合併症、発熱、心不全など

化学療法が行う事ができるようになれば、化学療法を行います。

手術に際し、医療機器・医療材料事業者の立合いが

☐ 必要です。(同意は裏面)☐ 立会いはありません。

平成 27 年 2 月 2 日

診療科名 皮膚科

醫師名 田中 清吾

診療科名

醫師名

看護師名

(表裏面に同意書)

同意書

私は、表記の説明を受け、手術・検査・麻酔の実施及びその実施中において必要があった場合その他の処理等についても同意しました。

平成 29 年 2 月 2 日

患者氏名

印

住 所

親族又は代理人（視権者、父母、配偶者、兄弟姉妹、保護者義務者、法定代理人
その他）

氏 名

印

住 所

※ 手術用医療機器・医療材料を安全に使用して手術を行うために、執刀する医師に助言
できる能力を有する医療機器・医療材料に詳しい事業者があなたの手術に立ち会います。
このことについてご同意をお願い致します。

（なお、立会いが無い場合はこの項目を横線か×で抹消すること）



同意する。



同意できない。

高知大学医学部附属病院長 殿