

説明書（検査、麻酔、処置、手術、治療法）

※説明内容を必ず選択

私は、患者 殿の、（検査、麻酔、処置、手術、治療法）について、
次のとおり説明しました。

- 1 現在の診断名、重症度、原因
左大腿骨遠位端置換術後の膝蓋骨外側脱臼
- 2 予定されている（手術）の名称と方法
膝蓋骨制動術（内側ハムストリング腱移行術）、外側解離術
- 3 上記に伴い期待される効果と限界
膝蓋骨外側脱臼の改善が期待されます。ただし再脱臼の可能性はゼロではありません。
- 4 予測される合併症（発生率(%)）と危険性
頻度は低いながらも出血（血管損傷）、感染、創治癒遅延、神経損傷、深部静脈血栓塞栓症などのリスクがあります。
術後に関節可動域制限を生じる可能性もあります。
- 5 予測できない偶発症の可能性とそれに対する対応策
万一発生すれば適切に対処します。
- 6 褥瘡などの皮膚損傷の可能性とそれに対する対応策
褥瘡発生のリスクは低いと思われますが、万一発生すれば適切に対処します。
- 7 受けない場合に予測される症状の推移と可能なほかの治療法
内側から制動する筋力や靱帯が存在しないため脱臼は継続すると思われます。
膝屈曲を制限しある程度の拘縮を起こすことで脱臼を抑える方法が考えられますが、
手術がもっとも有効な治療法です。
- 8 承諾の撤回について
今回承諾された後も、いつでも承諾を撤回することができます。承諾を撤回した場合でも、
他の適した治療を検討し、治療上の不利な扱いを受けたり、不利益を被ったりすることはありません。
- 9 説明方法（口頭、診療録、画像）

説明日時： 2020 年 4 月 27 日 10 : 00 ～ 10 : 30

説明場所：

説明医師：

整形外科

主治医（署名）

田仲 和宏



大分大学医学部附属病院

整形外科

医 師（署名）

印

（医療側同席者）

印

※説明医師・医療側同席者欄には署名又は記名押印

承諾書

<説明事項>説明を受けた項目のチェック欄にチェックをしてください。

- ☒ 1 現在の診断名、重症度、原因
- ☒ 2 予定されている（検査、麻酔、処置、手術）治療法）の名称と方法
- ☒ 3 上記に伴い期待される効果と限界
- ☒ 4 予測される合併症（発生率(%)）と危険性
- ☒ 5 予測できない偶発性の可能性とそれに対する対応策
- ☒ 6 褥瘡などの皮膚損傷の可能性とそれに対する対応策
- ☒ 7 受けない場合に予測される病状の推移と可能な他の治療法
- ☒ 8 承諾の撤回
- ☒ 9 説明方法（口頭、診療録、画像、図、模型、その他）

私は、現在の病状及び今回の（検査、麻酔、処置、手術）治療法）の必要性とその内容、これに伴う危険性について、上記の通り十分な説明を受け、理解しましたので、その実施を承諾します。また、説明書および承諾書を受領しました。

なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても承諾します。

2020 年 8 月 27 日

患者 住 所

氏 名（署名）

代諾者 住 所

氏 名（署名）

（患者との続柄： ）

説明時の同席者

本人・配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・

子（ ）・他（ ）

大分大学医学部附属病院長 殿

- * 患者の署名がある場合には代諾者の署名は不要
- * 患者及び代諾者の氏名欄には署名又は記名押印
- * 説明時の同席者を○で囲む。子や他の方の場合は氏名を記載

（註）患者が、未成年もしくは心身障害のため署名ができない時は、代諾者（後见人、配偶者、親権をおこなう者、又は扶養義務者など）が署名すること。

同 意 書

私は、私が大分大学附属病院整形外科で診断・治療を受けた「左大腿骨発生明細胞肉腫」について、個人情報保護に嚴重に配慮した上で学会や学術論文等で報告することに関し、十分に説明を受けその意義について理解しましたので、自らの自由意思に基づき同意いたします。

令和 2 年 10 月 24 日

本人署名：

A black rectangular redaction mark covering the signature of the patient.