

ID:

(病院用)

09703738

様

イシイ イスコ

T 13 02 18

検査・治療・手術名:

210505

検査・治療・手術 同意書

実施予定日: 2021年 5月 6日

に行われる予定の上記 検査・治療・手術につきまして、右記の項目とおりの必要性・方法・危険性および合併症などを説明いたしました。

説明日: 2021年 5月 6日

医師:

(診療科:

同席者:

(医師・看護師)

説明内容

- ☐ 病名・病状
- ☐ 検査・治療・手術の必要性
- ☐ 検査・治療・手術の内容・方法と部位
- ☐ 期待される効果
- ☐ 予想される危険性・合併症・副作用
- ☐ 他の治療方法(長所、短所)
- ☐ 保険外診療、高額な治療
- ☐ 説明文書または「病状説明」の交付
- ☐ 行われる麻酔の概要
- ☐ 個人情報の取り扱い

(説明した項目にチェックする)

(患者さま同意欄)

安房地域医療センター 病院長 様

今回、私は検査・治療・手術を受けるにあたり、上記の内容の説明を受け、納得いたしました。よって、その実施について同意いたします。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同意いたします。

2021年 5月 6日

氏名(患者さま):

(生年月日: 713年 2月 18日)

患者さまが法律上(未成年など)、または、ご病気等によってご自身で判断、署名ができない場合は、代諾者(親権者、ご家族、後見人、その他)の方の署名が必要となります。

2021年 5月 6日

氏名(代諾者):

住所:

(同席者がいる場合) 上記の説明の場に同席し、同意の意思を確認しました。

20 年 月 日

氏名(同席者):

(続柄:)

住所: