

化学療法同意書

岡山大学病院長 殿

私は、(化学療法)

オブジーボ+FOLF0X

の実施にあたり、現在の病状および、治療の必要性とその内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け、理解しましたので、実施を同意します。

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します。

患者さんご本人または代諾者の方がチェックしてください。
質問などがありましたらお申し出ください。

★説明を受けた内容

- ・病名
- ・治療の目的
- ・治療の方法・薬剤名
- ・予測される治療の効果と副作用
- ・予定される治療期間
- ・考えられるその他の治療方法
- ・その他追加説明（セカンドオピニオン、治療の同意と撤回についてなど）

☒ 上記について説明を受け理解しました。

★不明な点、確認したい点

☒ なし ☐ あり {

説明日 2021 年 12 月 15 日

消化器内科 (部) 説明者 氏名 (署名)

同席者 氏名 (署名)

同席者 氏名 (署名)

同意日 2021 年 12 月 15 日

(注：氏名は署名)

患者 氏名 (署名)

代諾者 氏名 (署名)

(患者さんとの関係：)

同席者 氏名 (署名)

(患者さんとの関係：)

同席者 氏名 (署名)

(患者さんとの関係：)

注1 患者が未成年の場合など同意能力がない場合は、代諾者が署名をしてください。

注2 代諾者とは、患者の配偶者、父母、成年である子又は兄弟姉妹、後見人のことをいいます。