

心臓カテーテル検査、治療同意書

病名: 上大静脈血栓症

検査、手術日 R3 年 4 月 22 日

手技: ☐冠動脈造影(冠血流予備量比) ☐左室造影 ☐右心カテーテル検査

☐経皮的冠動脈形成術 ☒その他(上大静脈造影検査、
上大静脈血栓形成術、カテーテル留置)

穿刺部位: ☐右 ☐左 ☐橈骨動脈 ☐上腕動脈 ☐大腿動脈

☒右 ☐左 ☒内頸静脈 ☒大腿静脈

検査、治療の危険性、合併症は別紙の通りです。説明についてご不明な点はおたずねください。

このたびのカテーテル検査、治療を受けるにあたり、検査、治療目的・方法・合併症につき、十分な説明を受け、理解した上で、今回の検査、治療を受けることを承諾します。なお、このたびの検査、治療に関連して担当医師が必要と認めた診療行為についても承諾いたします。

■ 説明日 : 2021年4月20日

循環器内科医師 [REDACTED]

■ 説明を受けた方 (ご理解および同意の上、ご署名ください)

R3 年 4 月 20 日

患者氏名(自署): [REDACTED]

代筆の場合は、代筆者の氏名と続柄を併記

代理人署名(自署): [REDACTED]

※当院では宗教的輸血拒否に対する診療の基本方針として「相対的無輸血」を原則としており、ご理解を得たうえで検査、治療の同意をお願いいたします。

■ 同意を撤回する場合

いったん、同意書を提出しても、検査・治療などが開始されるまでは、検査・治療などを受けることをやめることができます。その際はご連絡ください。

■ 連絡先

質問がある場合や緊急の事態が発生した場合には、下記までご連絡ください。

JCHO 神戸中央病院 078-594-2211(代表)