

手術 麻酔 処置 内視鏡 特殊検査 治療 内容説明・承諾書

獨協医科大学日光医療センター病院長 殿

患者 様 に対する **手術**、麻酔、処置、内視鏡、特殊検査、治療

(カルテNo:)

1. 病 名 :

2. 実 施 内 容 :

3. 実 施 予 定 日 : 令和 年 月 日

説明事項 説明用補助資料 (有 無)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4. 内容について | <input type="checkbox"/> 8. 緊急時の対応処置について |
| <input type="checkbox"/> 5. 必要性・他の方法との比較について | <input type="checkbox"/> 9. 患者様・ご家族からの質問事項について |
| <input type="checkbox"/> 6. 有効性・危険性について | <input type="checkbox"/> 10. 日程の延期・変更の可能性について |
| <input type="checkbox"/> 7. 経過・合併症・予後について | <input type="checkbox"/> 11. 同意・承諾書の撤回の自由について |

患者様、および患者様の指名した方に対して、上記事項をご説明致しました。

なお詳細については診療録に記載しました。

実施予定日が変更になった場合でも、この承諾書は有効となります。

令和 年 月 日

私は、上記事項について十分な説明を受け、質問する機会も与えられ、その内容に関して理解しました。

その上で、上記()を受ける事を希望します。

当該医療機器の適正かつ安全な使用のために、「医療機器事業者」が立ち会うことについても同意いたします。

また、適切かつ必要と認められる()の追加・変更・中止にも同意致します。

令和 年 月 日

患者 氏 名 :
生 年 月 日 :
住所(連絡先) :

親族又は保証人(続柄:)
氏 名 :
住所(連絡先) :

代筆者が親族又は保証人以外の場合には、以下に氏名、続柄、住所、電話番号をご記入ください

氏 名 : (続柄:)
住所(連絡先) :
電 話 番 号 :