

同意书/同意書

(医院名/病院名)

医院院长/病院長殿

先生・女士在 年 月 日接受诊疗时，本院医务人员对（治疗名称）
的说明书等，就以下的事项进行了说明。

/ 様が 年 月 日に受ける診療行為にあたり、
（医療行為名）の説明書などにて下記の事項について説明しました。

- 病名、病情/病名、病態
- 治疗（检查）的目的、必要性、有效性/治療（検査）の目的・必要性・有効性
- 治疗（检查）的内容、性质及注意事项/治療（検査）の内容と性質および注意事項
- 治疗（检查）的危险性及发生率/治療（検査）に伴う危険性とその発生率
- 发生偶发症时的治疗/偶発症発生時の対応
- 可以替代的治疗（检查）及可能伴随的危险性和发生率
/代替可能な治療（検査）およびそれに伴う危険性とその発生率
- 不进行治疗（检查）时，预计会可能发生的情况/治療（検査）を行わなかった場合に予想される経過
- 患者的具体要求/患者様の具体的希望
- 确认和患者的联系方法/患者様連絡先の確認
- 撤回治疗（检查）的同意/治療（検査）の同意撤回
- 有关输血方面的事宜/輸血関連
- 有关传染病检查的说明/感染症検査に関する説明
- 患者可以征求其他医生的意见（第二种意见）
/その他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることが出来ること
- 其他/その他

■ 说明年月日/説明年月日（公历/西曆）： _____
实施说明的时间/説明を行った時間： _____

■ 说明地点/説明場所： _____

■ 实施说明的医生姓名/説明を行った医師名： _____
（签名或盖章/署名あるいは押印）

■ 医院方面的在场者/病院側同席者 _____

■ 患者方面的在场者/患者側同席者 _____（和患者的关系/患者との関係： _____）

我充分理解了以上的内容，通过自主选择对本次治疗（检查），

/以上について、内容を十分理解し、自由な意思に基づき、この治療（検査）を受けることに、

同意接受/同意します / 不同意接受/同意しません。

（请在符合的项目上打圈。/どちらかに○をつけてください。）

同意年月日/同意年月日（公历/西曆）： _____

同意者/同意者（本人/本人）： _____（签名/署名）

（患者授权代理人者/代諾者）： _____（签名/署名）
和患者的关系/患者との関係： _____

※患者本人无法签字或未成年时，请监护人或代理人签字。

/※本人が署名できない場合、未成年の場合には、保護者又は代理人に署名をお願いします。

※即使表示了同意，也可以随时撤回同意。/ ※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

患者签名后复印一份，复印本交给患者，原本由医院保管
/患者様署名後にコピーを1部取り、コピーを患者様へお渡しします。原本は病院保管