

Consent Form/同意書/ نموذج الموافقة

_____ إلى مدير المستشفى /To the director of the hospital /病院長殿،
 (_____ (اسم المستشفى/Hospital name/病院名)
 قُدم توضيح لـ _____ وفقاً للمستند التوضيحي المقدم بشأن _____ (اسم الإجراء الطبي)
 بخصوص الإجراء الطبي الذي سيتم إجراؤه بتاريخ _____ / _____ / _____ (يوم/شهر/سنة).
 / _____ has been given explanation according to the explanatory document on _____ (name of
 medical procedure) regarding the medical procedure to be performed on _____ / _____ / _____ (Year/Month/Day).
 / _____ 様が _____ 年 _____ 月 _____ 日に受ける診療行為にあたり、
 _____ の説明書などにて下記の事項について説明しました。
 (医療行為名)

- Name of disease, clinical condition/病名、病態
 الغرض، والضرورة، وفعالية العلاج أو الفحص
 /Purpose, necessity and effectiveness of the treatment or examination
 /治療（検査）の目的・必要性・有効性
- التفاصيل، والخصائص، والاحتياطات ذات الصلة بالعلاج أو الفحص
 /Details, characteristics and precautions regarding the treatment or examination
 /治療（検査）の内容と性質および注意事項
- مخاطر الإجراء (العلاج/الفحص) ومعدل حدوثها
 /Risks of the procedure (treatment/examination) and their incidence rate
 /治療（検査）に伴う危険性とその発生率
- الإجراءات المتبعة في حالة ظهور أعراض/مضاعفات غير متوقعة
 /Procedures in the case of unexpected symptoms/complications
 /偶発症発生時の対応
- إمكانية العلاج/الفحص البديل، وعوامل الخطر المصاحبة ومعدل حدوثها
 /Possibility of alternative treatment/examination, and accompanying risk factors and incidence
 /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
- النتيجة المحتملة والتشخيص في حال عدم إجراء العلاج/الفحص
 /Possible outcome and prognosis if the treatment/examination is not performed
 /治療（検査）を行わなかった場合に予想される経過
- طلب (طلبات) المريض المحدد / The patient's specific request(s)/患者様の具体的希望
 معلومات الاتصال بالمريض / Patient's contact information/患者様連絡先の確認
- سحب الموافقة على العلاج/الفحص / Withdrawal of consent for treatment/examination/治療（検査）の同意撤回
 المسائل المتعلقة بنقل الدم / Blood transfusion related matters/輸血関連
- توضيح فحص الأمراض المعدية / Explanation of the examination for infectious diseases/感染症検査に関する説明
 حق المريض في طلب رأي طبيب آخر (رأي طبي ثانٍ) / Patient's right to ask for another doctor's opinion (second opinion)
 /その他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることができること
 أخرى/Others/その他

■ تاريخ التوضيح /Date of explanation/説明年月日: _____ / _____ / _____ (Year/Month/Day)

_____ الوقت/Time/説明を行った時間:

■ _____ المكان/Place/説明場所:

■ _____ الطبيب مقدّم التوضيح /Physician providing explanation/説明を行った医師

_____ توقيع أو ختم الطبيب /Physician's signature or seal/署名あるいは押印)

■ _____ الشاهد على إجراءات المستشفى /Witness for the hospital/病院側同席者

■ _____ الشاهد على فحوصات وعلاجات المريض /Witness for the patient/患者側同席者

_____ العلاقة بالمريض /Relationship with the patient/患者との関係:

بعد الفهم الكامل وبناءً على التوضيحات أعلاه، فإني بمحض إرادتي [أوافق/ لا أوافق] على تلقي العلاج/الفحص. (ضع دائرة حول اختيارك)
/Having fully understood the above explanations, I [give my consent / do not give my consent] of my own free will to receive treatment/examination. (Circle your choice)

/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
[同意します。 / 同意しません。] （どちらかに○をつけてください。）

/ / (يوم/شهر/سنة) / (Year/Month/Day)/同意年月日

(شخصياً/in person/本人) المريض/Patient/ 同意者 : _____ (توقيع /Signature/署名)

(القانوني الممثل/Legal representative /代諾者) : _____ (توقيع/Signature/署名)

_____ العلاقة بالمريض/Relationship with the patient/患者との関係 :

*إذا لم يتمكن المريض من التوقيع بنفسه أو كان قاصراً، فيجب على الوصي القانوني عليه أو ممثله القانوني التوقيع أعلاه.

/When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above.

/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。

*أدرك أنه حتى في حال موافقتي على الفحص، يحق لي بعد ذلك سحب موافقتي في أي وقت.

/I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

/同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

بعد أن يوقع الطرفان على نموذج الموافقة هذا، تُسلم نسخة منه إلى المريض، وتُحفظ النسخة الأصلية في سجلات المستشفى.

/After both parties have signed this consent document, one copy will be given to the patient, and the original will be kept by hospital.

/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