

患者氏名 :
患者 ID :

麻酔に関する同意書

麻酔に同意される場合には、以下の欄にご署名下さい

私は、麻酔とその危険性について「麻酔説明書」を用い十分な説明を受け、理解しました。
そのうえで、麻酔を受けることに同意します。

なお、実施中に麻酔方法の変更や緊急に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。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

また、担当医・麻酔科医の判断で麻酔を中止する場合があることにも同意いたします。

同意日 : 年 月 日
患者氏名 : (アルファベット・ブロック体)
患者署名 :
住所 :
代理人等氏名 : (アルファベット・ブロック体)
代理人等署名 : (続柄)
住所 :

麻酔を拒否される場合には、次の文章を読み、理解した上で以下の欄にご署名下さい

私は、麻酔の必要性について説明を受けましたが、麻酔を受けることを拒否します。そのことによる結果について、担当医・麻酔科医・病院の責任を追及しません。

署名日 : 年 月 日
患者氏名 : (アルファベット・ブロック体)
患者署名 :
住所 :
代理人等氏名 : (アルファベット・ブロック体)
代理人等署名 : (続柄)
住所 :

上記署名者に対して麻酔について説明しました。

説明日 : 年 月 日 科 担当医 : 印

上記患者(あるいは代理人等)が本文書において麻酔に同意もしくは拒否されたことを確認しました。

確認日 : 年 月 日 担当医・麻酔科医 : 印

※患者様本人が同意能力のない未成年者の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは未成年後見人、または親族等の方による署名をお願いいたします。