

患者氏名 :

患者 ID :

## 【手術名: \_\_\_\_\_】に関する同意書

1. 病名・手術名 : \_\_\_\_\_  
 2. 現在の症状 : \_\_\_\_\_  
 3. 手術の必要性・目的 : \_\_\_\_\_  
 4. 術式・麻酔方法 : \_\_\_\_\_  
 5. 手術予定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )  
 6. その他 : \_\_\_\_\_

上記の手術に関して、同意される場合には、以下の欄にご署名下さい。

私は、上記手術に関する事項について十分な説明を受け、理解しました。そのうえで、手術を受けることに同意します。(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、担当医師の判断で必要処置等を実施する必要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 : \_\_\_\_\_

上記の手術に関して、拒否される場合には、次の文章を読み理解したうえで以下の欄にご署名下さい

私は、手術の必要性について説明を受けましたが、手術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・検査担当医・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手術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)が本文書において手術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 \_\_\_\_\_ 科 担当医 : \_\_\_\_\_ 印

※患者様本人が同意能力のない未成年の場合、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。