

Consentimiento Informado/同意書

Sr. Director del Hospital/病院長殿 _____

(Hospital/病院名)

Al realizarse el tratamiento médico que recibe Sr./Sra./Srta. _____ en año _____
mes _____ día _____, se le ha explicado los siguientes puntos, usando las hojas informativas de _____

(el nombre del tratamiento)

/ _____ 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)

- Nombre de la enfermedad y su estado clínico/病名、病態
- Objetivo, necesidad y efectividad del tratamiento (examen)/治療（検査）の目的・必要性・有効性
- Contenido, carácter y precauciones del tratamiento (examen)/治療（検査）の内容と性質および注意事項
- Riesgos asociados al tratamiento (examen) y su incidencia/治療（検査）に伴う危険性とその発生率
- Cómo se le atenderá en el momento de aparición de unos síntomas imprevistos/偶発症発生時の対応
- Tratamiento (examen) alternativo y riesgos asociados y su incidencia
/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
- Pronóstico en caso de no realizarse el tratamiento (examen)/治療（検査）を行わなかった場合に予想される経過
- Necesidades concretas del paciente/患者様の具体的希望
- Confirmación de los datos (como contactar) del paciente/患者様連絡先の確認
- Revocación del consentimiento del tratamiento (examen)/治療（検査）の同意撤回
- Asuntos relacionados con la transfusión de sangre/輸血関連
- Explicaciones del examen de las enfermedades infecciosas/感染症検査に関する説明
- Podrá solicitar la opinión (segunda opinión) de otro médico.
/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
- Otros/その他

■ Fecha de explicación/説明年月日 (calendario occidental/西暦) : _____

Hora de explicación/説明を行った時間 : _____

■ Lugar de explicación/説明場所 : _____

■ Nombre del médico que dió la explicación/説明を行った医師名 : _____

(Firma o sello/署名あるいは押印)

■ Testigo de parte del hospital/病院側同席者 _____

■ Testigo de parte del paciente/患者側同席者 _____ (Relación con el paciente/患者との関係 : _____)

He comprendido completamente las explicaciones arriba mencionadas, y por mi propia voluntad,

doy mi consentimiento / no doy mi consentimiento

a que se me someta a este tratamiento (examen).

(Marque con un círculo cualquiera que le corresponda.)

/ 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。)

Fecha del consentimiento/同意年月日 (Calendario occidental/西暦)

Persona que consintió/同意者 (En persona/本人) : _____ (Firma/署名)

(Apoderado/代諾者) : _____ (Firma/署名) Relación con el paciente/患者との関係 : _____

※Por favor firme en este formulario el tutor o el representante cuando el paciente no está en condición de hacerlo, o es menor de edad.

/※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。

※Aunque dé su consentimiento, podrá revocarlo en cualquier momento. /同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

Después de que el paciente haya firmado, hacemos una copia para entregarla al paciente. El
original será conservado en el 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