

Consentimento/同意書

Exmo. Diretor do Hospital/病院長, _____
(Hospital/病院名)

Efetuei ao(à) Sr.(a) _____ as explicações dos itens abaixo descritos segundo as folhas explicativas do _____ (nome do procedimento médico) para receber o ato médico em Ano _____ Mês _____ Dia _____.

/ _____ 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)

- Nome da doença, estado clínico/病名、病態
- Objetivo, necessidade e validade do tratamento (exame)/治療（検査）の目的・必要性・有効性
- Conteúdo, característica e cuidados do tratamento (exame)/治療（検査）の内容と性質および注意事項
- Riscos e taxa de incidência de riscos do tratamento (exame)/治療（検査）に伴う危険性とその発生率
- Procedimentos na ocorrência de complicações acidentais/偶発症発生時の対応
- Tratamento (exame) alternativo, seus riscos e taxa de incidência
/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
- Evolução prevista caso não realize o tratamento (exame)/治療（検査）を行わなかった場合に予想される経過
- Desejo concreto do(a) paciente/患者様の具体的希望
- Confirmação do contato do(a) paciente/患者様連絡先の確認
- Revogação do consentimento do tratamento (exame)/治療（検査）の同意撤回
- Explicações relacionadas à transfusão de sangue/輸血関連
- Explicação sobre os exames de doenças infecciosas/感染症検査に関する説明
- Possibilidade de solicitar a segunda opinião de outros médicos
/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
- Outros/その他

■ Data da explicação/説明年月日（Ano ocidental/西暦）： _____

Horário em que se realizou a explicação/説明を行った時間： _____

■ Local onde se realizou a explicação/説明場所： _____

■ Nome do médico que realizou a explicação/説明を行った医師名： _____

(assinatura ou carimbo/署名あるいは押印)

■ Testemunha do hospital/病院側同席者 _____

■ Acompanhante testemunha do(a) paciente/患者側同席者 _____

Relação com o(a) paciente/患者との関係： _____

Ao receber a explicação acima, compreendi perfeitamente o seu conteúdo e por livre vontade eu
/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、
concordo/同意します / **não concordo/同意しません。**

(em receber o tratamento (exame). /どちらかに○をつけてください。)

Data do consentimento/同意年月日（Ano ocidental/西暦）： _____

Pessoa que consente/同意者（o (a) próprio(a)/本人）： _____ (Assinatura/署名)

(representante/代諾者）： _____ (Assinatura/署名)

Relação com o(a) paciente/患者との関係： _____

※Favor o responsável ou o representante assinar, em caso do(a) próprio(a) paciente não puder assinar ou ser menor de idade.

/※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。

※Mesmo que concorde, poderá revogar a qualquer 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。

Após a assinatura do(a) paciente, tiraremos uma cópia e entregaremos a cópia para o(a) paciente.

O original ficará arquivado no 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