

心臓・大血管手術に関する同意書

200 年 月 日

大阪大学医学部附属病院 院長 殿

大阪大学医学部附属病院 心臓血管外科 科長 殿

私（達）は大阪大学医学部附属病院心臓血管外科の「心臓・大血管手術を受けられる方への説明書」に従って説明を受けました。

現在の診断名が_____であること、

予定されている手術が_____であること、

手術の危険率（術後 30 日以内の死亡率）は現時点で約_____％と予測されること、およびこの手術に付随して起こる合併症、後遺症などについてその内容を十分に理解し、手術に同意致します。

署名欄	同意年月日	年 月 日		
	患者本人			
	患者本人が 満 20 歳未満の場合	父		
		母		
	患者本人が 満 20 歳以上の場合	家族	続柄	夫・妻・父・母・()

患者説明文書等を手渡した日及び説明日 _____ 年 月 日

同意取得年月日 _____ 年 月 日

臨床研究担当医師 _____ 心臓血管外科 _____ 印

協力者 _____ 未来医療センター _____ 印