

手術・検査・治療内容等説明・同意書

私は、患者 [redacted] 様に対して、下記手術・(H I V含む)検査・麻酔・治療の必要性、危険性、及び合併症などについて、次のように説明いたしました。

① 手術・検査・治療等の名称

右・1ヶ所HIL=3 1IL=3根治療

② 説明内容

説明文(別紙)
図、画像、映像、模型、() を用いて説明いたしました。

全身麻酔

2019 年 6 月 24 日
平成

外科 医師

由良 昌大 (印)

私は、上記の内容の説明を受け、同意しました。

また、上記実施中に必要な操作と、これらの目的にかなった全身、またはその他の麻酔を受けることも併せて同意いたしました。

2019 年 6 月 30 日
平成

○ 患者氏名

[redacted]

住 所

[redacted]

○ 親族または代理人(親権者・父母・配偶者・兄弟姉妹・保護義務者・法定代理人・その他)

氏 名

[redacted]

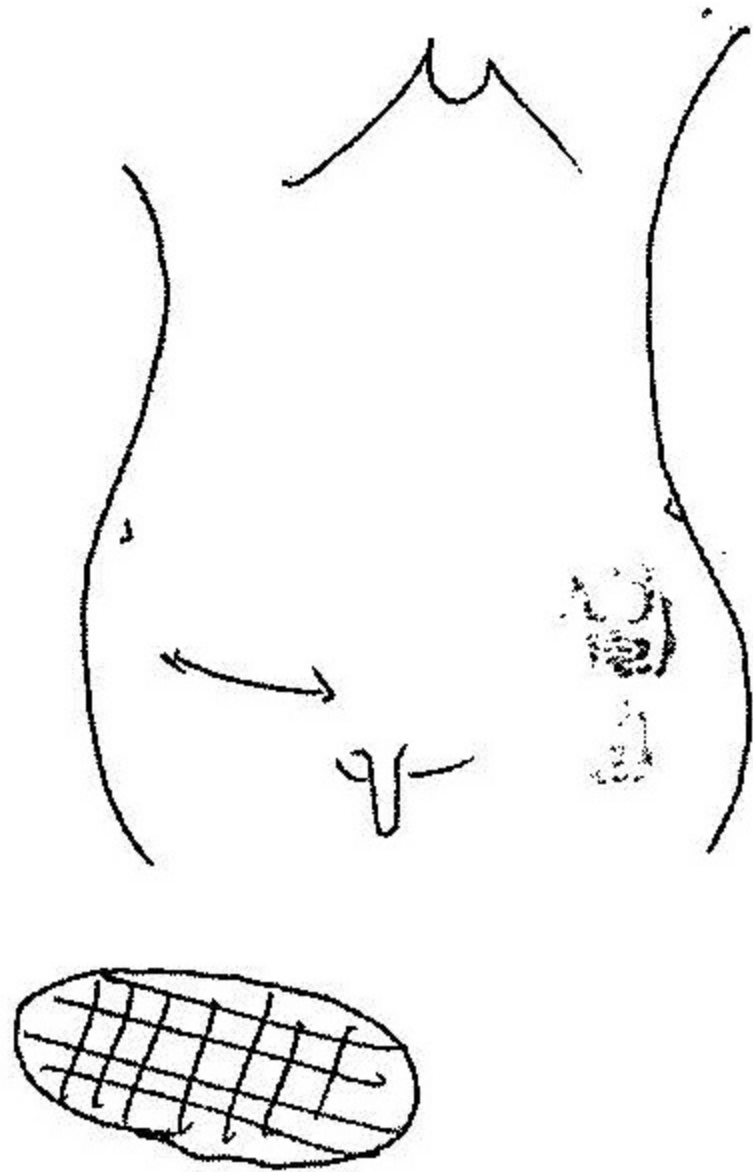
住 所

[redacted]

平塚市民病院長 様



INPRINTER



右ノITAILニ3

AILニ3根ニ行

手術 2時間

麻酔 1時間

全身麻酔

合併症

出血 血腫 (輸血)

感染 (創部) ヌニ除去

再発

慢性疼痛

重要臓器障害 (心肺腎肝臓)

平成29年6月29日

外科

説明者

由良昌大



(自署なら印不要)