

【病院用】

氏名 ██████████
 生年月日 昭和██年██月██日
 (██年██月██日)
 性別 女
 登録番号 ██████████

手術に関する意思確認書

虎の門病院長殿

患者 ██████████ 様 に対する診療行為について、
 以下の項目を説明いたしました。

2021年 4月 8日 18時 0分

説明者 消化器外科上部:本院 科 医師 大倉 遊 (印)
 同席者署名 _____ 同席者なし

病名:胃粘膜下腫瘍、皮下腫瘍
 実施診療行為:腹壁腫瘍生検術

実施予定日: 2021 年 4 月 9 日
 交付した説明書類:手書き説明書

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 病名および病気の状態 | <input checked="" type="checkbox"/> 予想外の危険が起こり得ること |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本診療行為の必要性 | <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の対応・処置 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 無施行の場合の予後 | <input checked="" type="checkbox"/> セカンドオピニオンについて |
| <input checked="" type="checkbox"/> 診療行為の選択肢及び推奨 | <input checked="" type="checkbox"/> 回答(意思)の変更ができること |
| <input checked="" type="checkbox"/> 推奨する診療行為の内容・効果 | <input checked="" type="checkbox"/> 要望、質問が可能なこと |
| <input checked="" type="checkbox"/> 予想される合併症その他の危険性 | <input checked="" type="checkbox"/> この件についてのお問い合わせ先 |

私は、上記説明を受け、質問、要望の機会も与えられ、内容について理解しました。
 私は、説明された診療行為について、以下のように決定しました。

- 受けます
 *手術時のビデオ等、その他関連データを匿名化し学術的に利用することに
 同意します
 同意しません
 受けません

3年 4月 8日 17時 0分

■患者署名(自筆) 加██████████ (代筆者: _____ 続柄: _____)

■代理判断者署名(自筆)* _____ (続柄: _____)

同席者*: _____ (続柄: _____)、同席者: _____ (続柄: _____)

連絡先(患者と異なる場合)電話番号: _____

*緊急時を除き、未成年者の場合は親権者、患者本人が署名できない場合は意思決定を代行できる
 同席者の署名が必要です。

虎の門病院

