

ID
氏名

作成日

ver. 1.0

説明書

1 検査・治療行為の必要性(病名・症状)

2 具体的方法(内容・期間)

① この処置に関して

② この手術を実施しない場合に予測される結果

③ 施術直後の状態と回復期間

④ 予定通りに手術・処置が終了する見込み

※治療・検査等の医療行為中に、緊急時あるいは医療上の必要から、医師の判断で方法を変更する場合があります。予想外の事態が生じた場合は、その時々で必要と思われる対応を行います。
AED設置、緊急時院内応援システムが整備されており、早急な緊急時の対応処置が可能です。

3 検査・治療行為に伴う利益・不利益

① 利益

② 不利益

③ 長期的な影響

※合併症・偶発症が生じた場合には必要な治療を行いますが、その際の医療費は通常の保険診療でまかなわれ、患者様に自己負担が生じます。またこれらが発症した場合は、その治療にかかるだけ入院期間が延長します。

4 代替行為可能な医療行為の有無とその利益・不利益

5 患者様の自己決定権について

- ・ 患者様自身に最終的に決める権利があり、同意後も実施前であればいつでも撤回できます。撤回したことによって患者様自身が不利益を受けることはありません。
- ・ 当院での診断・治療について、セカンドオピニオン(他施設の医療者に話を聞く)を受ける権利があります。
- ・ 患者様・ご家族様は納得できるまで十分な説明と情報を受けることができます。治療計画に不明な点や不安があるときは、主治医や看護師など院内のスタッフへお伝えください。連絡先は下記に記載しております。また、院内1階に患者相談窓口も設けておりますので、ご利用ください。

6 その他の説明事項

連絡先

質問がある場合や治療を受けた後に緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

神戸徳洲会病院

電話番号:078-707-1110

ID
氏名

作成日

診療科：

医学的検査・手術・治療行為に関する 同意書

■ 説明項目

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1 検査・治療行為の必要性（病名・病状） | 3 検査・治療に伴う利益・不利益 |
| 2 具体的方法（内容・期間） | ①利益 |
| ①この処置に関して | ②不利益 |
| ②この手術を実施しない場合に予測される結果 | ③長期的な影響 |
| ③施術直後の状態と回復期間 | 4 代替行為可能な医療行為の有無とその利益・不利益 |
| ④予定通りに手術・処置が終了する見込み | 5 患者様の自己決定権について |
| | 6 その他の説明事項 |

医師 記載欄

- 検査・手術・治療行為の名称/部位：
- 検査・手術・治療行為の施行日：（西暦） 年 月 日
- 施行担当者： 説明医師に同じ 他、担当医
- 説明日： 2024年12月20日 ■説明時刻： 10:20
- 説明医師名： ■自筆署名：

同席看護師 記載欄

私は、患者様またはご家族に対し、検査・手術・治療行為の説明について理解状況を確認しました。

- 確認日時：（西暦） 年 月 日 時 分 （※要カルテ記載）
- 自筆署名： （※同席記録 要カルテ記載）

患者様 記載欄

私は、上記の検査・手術・治療・その他説明事項について説明を受け、十分理解しました。
説明を理解した上で、検査・手術・治療行為を受けることに

☐同意します ☐同意しません （どちらかにチェック☑を入れてください）

また、緊急の場合または医学上の立場から上記内容を変更する必要がある場合には、
その変更処置を受けることに

☐同意します ☐同意しません （どちらかにチェック☑を入れてください）

- 署名日時：（西暦） 年 月 日 時 分 *署名された日時をご記載ください。

- 本人署名： （代筆不可）

☐代諾者 ☐同席者（続柄： ）*代諾者・同席者がいらした場合、チェックと続柄を記入の上、署名をお願いいたします。

- 署名：

病院記載欄 署名不能の場合 ※署名不能の理由を診療録に記載する。

- ☐ 患者本人の意思表示は可能だが署名不能
- ☐ 代諾者が施行日までに来院できず、電話にて口頭確認（ 月 日 カルテ参照）
- ☐ 患者本人の意思表示困難で代諾者がいない（緊急時以外）→（多職種にて協議。 月 日カルテ参照）
- ☐ 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない（ 月 日カルテ参照）
- ☐ その他（ ）

●同意書は検査・手術・治療を受けられる日までにご記載いただき、ご持参ください。

●代筆署名は不可。

病院保管用