

手術 麻酔 特殊検査 治療 内容説明・承諾書

____ 院長 殿

患者 _____ 様 に対する実施手術、麻酔、処置、特殊検査、治療

(カルテ No : _____)

☐ 1. 施 術 名 :

☐ 2. 実 施 内 容 :

☐ 3. 実施予定日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明事項 説明用補助資料 (☐ 有 ☐ 無)

☐ 4. 内容について

☐ 9. 患者・御家族からの質問事項について

☐ 5. 必要性・他の方法との比較について

☐ 10. 日程の延期・変更の可能性について

☐ 6. 有効性・危険性について

☐ 11. 医療事故発生時の賠償保険適用について

☐ 7. 経過・合併症・予後について

☐ 12. 同意・承諾後の撤回の自由について

☐ 8. 緊急時の対応処置について

患者様、および患者様の指名した方に対して上記事項をご説明致しました。(なお詳細については問診票や診療録に記載しました)

また、上記 11. については、当院が加入する医療賠償責任保険の保険会社（その保険会社が委任した者を含む）に対し、保険金支払の有無などを判断するための材料として診療記録・検査記録等を提供することや傷病内容についての調査・確認に応じることをご説明しました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医 : 氏名 _____ (自筆署名もしくは記名押印)

私は、上記事項について十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。その上で、上記 (_____) の施術を受けることを希望します。

また、適切かつ必要と認められる (_____) の追加・変更・中止にも同意致します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 氏名 _____ (自筆署名、もしくは記名押印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話番号 _____

親族又は保証人 (続柄 : _____)

氏名 _____

(自筆署名、もしくは記名押印)

住所 _____

電話番号 _____

代筆者が親族又は保証人以外の場合 (続柄 : _____)

氏名 _____

(自筆署名、もしくは記名押印)

住所 _____

電話番号 _____