

手術に関する説明・同意書

氏名： 山田 太郎 様 1
病名： 胃炎

手術術式：
内視鏡下 手術 食道腫瘍摘出術

手術予定日： 平成26年7月29日

手術を担当する医師： 山下 二郎

治療施設： 和幸システム病院
入院施設： 和幸システム病院



私は、上記治療の内容、目的、必要理由、副作用、危険性、予後、代替可能な医療、実施しない場合の予後などにつき、別紙の説明文書に基づいて説明致しました。

診療で得られたデータ等を住所や氏名を匿名化後、個人が特定されないよう配慮した上で、学会等へ発表する場合があります。ただし、発表に協力しない場合でも治療上の不利益は生じません。

平成26年7月24日 医師自署 _____

.....以下は患者様の記入欄です.....

いずれかに○を付けて下さい。

- () 1. 説明を聞いて納得したので手術を承諾する。
() 2. もう一度説明を聞きたい。
() 3. 別の医師の意見を聞きたい。
(別の医師の診察または他の医療機関での診察を希望する。)

診療で得られたデータの使用に関して、()承諾する、()承諾しない。

1に○を付けられた方は、以下の手術同意書にもご記入の上、受付にご提出願います。

手術同意書

和幸システム病院 院長

私は、上記の手術について、必要理由、方法、期待できる効果、危険性及び合併症、代替手段、実施しない場合の予後などについて、十分な説明を受け納得しました。

治療は医学的常識に基づくものであり、上記疾病に連続的に発生することがある病態に対しても、別の治療が必要であることも理解しました。

上記の手術に同意し、療養上の注意を守ることを約束します。なお、上記の手術中、予測しない緊急の事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を行うことも同意します。

平成 年 月 日

氏名(患者または代理人) _____ 代理人の場合続柄 _____

保証人氏名 _____ 続柄 _____

保証人住所 _____ 電話 _____