同　意　書

九州大学病院長　殿

　私は、〇〇〇を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書（前頁）に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。

　また、私は、この〇〇〇を受けるかの検討にあたり、そのための時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この〇〇〇を受けることに同意します。

　なお、説明文書とこの同意書を受け取りました。

（説明事項）\*説明文書の項目に対応するよう記載してください。

患者さんの病名

予定手術（検査）等の名称

患者さんの病状と手術の必要性・適応について

手術（検査）の内容及び注意事項

麻酔について

手術において予想される危険性・合併症とその発生率

手術の予後

代替可能な医療とそれに伴う危険性及びその発生率

何も治療（手術・検査）を行わなかった場合に予想される経過

今回の手術に関することで、患者さん特有の補足事項

患者さん・家族の方への注意事項

患者さんからの具体的な要望

セカンドオピニオンを受けることが可能であること

意思決定に関する委任

治療（検査）の同意の撤回

連絡先

プライバシー保護に関すること

　※該当する場合

適応外使用であること

未承認医薬品、未承認医療機器であること

（説明）

　　　　説明年月日：　@SYSDATE

説明医師：　@USERNAME　　　　　　　　 　印省略

　　　　説明同席者：@USERNAME　　　　（職名）　　　　　　 印省略

（同意）

同意年月日：令和　　 　年　 　 　月　 　 　日

同意者（本人）：　 　　　　　　　　　　　　 印

（自筆署名、もしくは記名押印）

* 患者さん本人が未成年や同意能力がない場合は、代理人の方が、説明文書（前頁）に記載された事項についてすべて説明を受けたうえで、自筆署名、もしくは記名押印してください。

代理人：　　　　　 　　　　　　　　　　　　印

（自筆署名、もしくは記名押印）

（患者さんとの関係）：