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）：