新潟大学医歯学総合病院

診療に関する同意書

診療行為の名称【必須】

　本院では、心身に対する影響が大きい検査・治療・手術などの診療行為については、担当医師が内容を十分に説明し、患者さんの同意を得た上で行っています。今回の診療行為は心身への影響が大きいことから、別紙の説明書の通り、現在の病状と診療行為が必要な理由、お勧めする診療行為の内容、その診療行為に伴う合併症、他の方法がある場合はその選択肢などについて説明いたしました。医療機器・器具等を使用するにあたって医療事業者が立ち会う場合には、その立ち合いについても説明いたしました。説明した内容をご理解いただいた上で、お勧めする診療行為を受けることに同意されるようでしたら、下記の同意欄に署名をお願いいたします。説明書とこの同意書はコピーをお渡しします。

　お勧めする診療行為に同意するかどうかは、患者さんご自身で判断して下さい。いったん同意されても、診療行為の実施直前までであれば、同意を撤回できます。また、お勧めする診療行為に同意されない場合や、同意を撤回された場合でも、そのことで以後の診療において患者さんが不利益を被ることはありません。もし、今回担当した医師以外の意見（セカンドオピニオン）もお聞きになりたい場合は、遠慮なくお申し出下さい。

　なお、今回ご説明した診療行為は心身に対する影響が大きいため、十分注意を払って診療しますが、医療行為に誤り（医療過誤）がなくとも、ご説明したような合併症が起きる危険性があります。本院はもちろんその診療に全力を尽くしますが、診療は保険診療で行いますのでご了解下さい。

　ご不明な点などがあれば、同意書をご提出いただく際などに医療スタッフに遠慮なくお尋ねください。どこに相談したらよいかわからない場合等は、患者総合サポートセンター（場所：外来診療棟エントランス階地域保健医療推進部受付窓口受付：平日8:30〜17:00）でも対応しております。

説明年月日【必須】：　 　　　 　　　年　 　　月　　 　日

患者からの質問（説明時、重要なもの）【必須】：　□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　）

説明医師署名【必須】：

看護師等同席者署名：

　私（患者）は、上記の診療行為を受けるにあたり、別紙説明書に記載された事項について説明を受けました。説明内容を十分に理解し、この診療行為を受けることを同意します。

患者署名年月日【必須】：　　　　　　　年　　　月　　　日

患者氏名（署名）【必須】：

（患者さん以外が患者氏名欄に記名した場合には、以下も必ずご記入下さい）

代諾者\*・記名者\*\*署名　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　）

　（どちらかに○をつける）

同席者\*\*\*署名　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　）

なんらかの理由で患者さんが署名できない場合、代わりの方が患者氏名欄に記名し、ご自分の署名と続柄も記載して下さい。

代諾者（\*）： 患者さんに十分な判断能力がない場合、もしくは未成年者の場合。（代諾の要件を備えた方）

記名者（\*\*）： 患者さんに判断能力はあるが、ご自身で署名ができない場合。

同席者（\*\*\*）： 患者さんの他に同席者の方の署名が必要な診療行為の場合。