

手術・麻酔・処置・検査の実施 同意書

公立大学法人 横浜市立大学附属病院長 様

実施する手術・麻酔・処置・検査の名称

上部消化管内視鏡検査

説明医師

施行医師は説明医師と異なる場合があります。

私は上記手術・麻酔・処置・検査の内容・必要性・予後、並びにこれらのことによる副作用・合併症等の不利益について口頭及び文書を用いて説明を受けました。その内容を十分理解しましたので、手術・麻酔・処置・検査について同意します。

また、実施中の緊急の状況に際して、客観的見地より医師が必要かつ適切と判断した上記以外の措置及びこれに関連するすべての診療行為についても同意します。

私は、この同意書に署名した後においても、手術・麻酔・処置・検査に関する同意の変更ができること、この場合、治療上の不利益を受けないことについての説明に対しても了解しました。

①本人もしくは代筆者署名

年	月	日	<input type="checkbox"/> 代筆
本人署名	男・女	生年月日	年 月 日
代筆者氏名	住所		
理由	<input type="checkbox"/> 本人が署名できない状態である <input type="checkbox"/> その他		

②本人が意思決定できない場合、説明を受けた方が下記に署名をしてください。

代理人・家族代表・その他にチェックしてください。

③未成年の場合は、両親2名の署名が必要ですので、下記にお書きください。

両親いずれかが署名できない場合は理由をお書きください。

年	月	日	
氏名	(続柄)	男・女	生年月日 年 月 日
住所			
<input type="checkbox"/> 法定代理人(親権者等)	<input type="checkbox"/> 家族代表	<input type="checkbox"/> その他 (成年後見人など)	

年	月	日	
氏名	(続柄)	男・女	生年月日 年 月 日
住所			
<input type="checkbox"/> 法定代理人(親権者等)	<input type="checkbox"/> 家族代表	<input type="checkbox"/> その他 (成年後見人など)	

理由	<input type="checkbox"/> 親権者が一人である	<input type="checkbox"/> その他 ()
----	------------------------------------	----------------------------------