

同意书/同意書

(医院名/病院名)

医院院长/病院長殿

先生・女士在 年 月 日接受诊疗时，本院医务人员对(治疗名称)的说明书等，就以下的事项进行了说明。

/ 様が 年 月 日に受ける診療行為にあたり、(医療行為名)の説明書などにて下記の事項について説明しました。

- 病名、病情/病名、病態
- 治疗(检查)的目的、必要性、有效性/治療(検査)の目的・必要性・有効性
- 治疗(检查)的内容、性质及注意事项/治療(検査)の内容と性質および注意事項
- 治疗(检查)的危险性及发生率/治療(検査)に伴う危険性とその発生率
- 发生偶发症时的治疗/偶発症発生時の対応
- 可以替代的治疗(检查)及可能伴随的危险性和发生率/代替可能な治療(検査)およびそれに伴う危険性とその発生率
- 不进行治疗(检查)时，预计会可能发生的情况/治療(検査)を行わなかった場合に予想される経過
- 患者的具体要求/患者様の具体的希望
- 确认和患者的联系方法/患者様連絡先の確認
- 撤回治疗(检查)的同意/治療(検査)の同意撤回
- 有关输血方面的事宜/輸血関連
- 有关传染病检查的说明/感染症検査に関する説明
- 患者可以征求其他医生的意见(第二种意见)/その他の医師の意見(セカンドオピニオン)を求めることが出来ること
- 其他/その他

■ 说明年月日/説明年月日(公历/西曆): _____
 实施说明的时间/説明を行った時間: _____

■ 说明地点/説明場所: _____

■ 实施说明的医生姓名/説明を行った医師名: _____
 (签名或盖章/署名あるいは押印)

■ 医院方面的在场者/病院側同席者 _____

■ 患者方面的在场者/患者側同席者 _____

我充分理解了以上的内容，通过自主选择对本次治疗(检查)，

/以上について、内容を十分理解し、自由な意思に基づき、この治療(検査)を受けることに、

同意接受/同意します / 不同意接受/同意しません。

(请在符合的项目上打圈。/どちらかに○をつけてください。)

同意年月日/同意年月日(公历/西曆): _____

同意者/同意者(本人/本人): _____ (签名/署名)

(患者授权代理人者/代諾者): _____ (签名/署名)

和患者的关系/患者との関係: _____

※即使表示了同意，也可以随时撤回同意。/ ※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

患者签名后复印一份，复印本交给患者，原本由医院保管
 /患者様署名後にコピーを1部取り、コピーを患者様へお渡しします。原本は病院保管