

## 동의서/同意書

병원장 귀하/病院長殿 \_\_\_\_\_  
(病院名)

\_\_\_\_년 \_\_\_\_월 \_\_\_\_일에 받는 진료행위에 있어서,  
\_\_\_\_(수술 부위와 그 갯수) \_\_\_\_\_(의료행위명)의 설명서를 가지고 아래와 같은 사항을  
설명하였습니다.

/ \_\_\_\_\_様が \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日に受ける診療行為にあたり、  
\_\_\_\_(側数) \_\_\_\_\_(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。

- 병명, 병의 상태/病名、病態
- 치료(검사)의 목적·필요성·유효성/治療(検査)の目的・必要性・有効性
- 치료(검사)의 내용과 성질 및 주의사항/治療(検査)の内容と性質および注意事項
- 치료(검사)에 따른 위험성과 그 발생률/治療(検査)に伴う危険性とその発生率
- 우발증 발생시 대응/偶発症発生時の対応
- 대체 가능한 치료(검사) 및 그에 따른 위험성과 발생률  
/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
- 치료(검사)를 실시하지 않았을 경우에 예상되는 경과/治療(検査)を行わなかった場合に予想される経過
- 환자의 구체적인 희망/患者様の具体的希望
- 환자의 연락처 확인/患者様連絡先の確認
- 치료(검사)의 동의철회/治療(検査)の同意撤回
- 수혈관련/輸血関連
- 감염증 검사에 관한 설명/感染症検査に関する説明
- 다른 의사의 의견(세컨드 오피니언)을 구할 수 있다는 것  
/その他の医師の意見(セカンドオピニオン)を求めることができること
- 기타/その他

■ 설명년월일/説明年月日 (양력/西暦) : \_\_\_\_\_

설명시간/説明を行った時間 : \_\_\_\_\_

■ 설명장소/説明場所 : \_\_\_\_\_

■ 설명 의사명/説明を行った医師名 : \_\_\_\_\_

(서명 또는 날인/署名あるいは押印)

■ 병원측 동석자/病院側同席者 \_\_\_\_\_

■ 환자측 동석자/患者側同席者 \_\_\_\_\_

이상, 내용을 충분히 이해하고, 자유로운 의사를 토대로 이 치료(검사)를 받는 것에  
/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、

**동의합니다/同意します。 / 동의하지 않습니다/同意しません。**

(둘 중 한 곳에 ○ 표시를 기입해 주세요./どちらかに○をつけてください。)

동의년월일/同意年月日 (양력/西暦) :

동의자/同意者 (본인/本人) : \_\_\_\_\_ (서명/署名)

(대리인/代諾者) : \_\_\_\_\_ (서명/署名) 환자와의 관계/患者との関係 : \_\_\_\_\_

※동의 하신 경우에도 언제든지 철회하실 수 있습니다。/※同意された場合でも、いつでも撤回することができます

환자분이 서명하신 후에 1부를 복사하고, 복사본을 환자분에게 드립니다.  
원본은 병원이 보관합니다.  
/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