

Consent Form/同意書

To the director of the hospital/病院長殿, _____

(Hospital name/病院名)

_____ has been given explanation according to the explanatory document on _____
(name of medical procedure) regarding the medical procedure to be performed on ____/____/____ (Year/Month/Day).

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

- ☐ Name of disease, clinical condition/病名、病態
- ☐ Purpose, necessity and effectiveness of the treatment or examination/治療（検査）の目的・必要性・有効性
- ☐ Details, characteristics and precautions regarding the treatment or examination
/治療（検査）の内容と性質および注意事項
- ☐ Risks of the procedure (treatment/examination) and their incidence rate/治療（検査）に伴う危険性とその発生率
- ☐ Procedures in the case of unexpected symptoms/complications/偶発症発生時の対応
- ☐ Possibility of alternative treatment/examination, and accompanying risk factors and incidence
/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
- ☐ Possible outcome and prognosis if the treatment/examination is not performed
/治療（検査）を行わなかった場合に予想される経過
- ☐ The patient's specific request(s)/患者様の具体的希望
- ☐ Patient's contact information/患者様連絡先の確認
- ☐ Withdrawal of consent for treatment/examination/治療（検査）の同意撤回
- ☐ Blood transfusion related matters/輸血関連
- ☐ Explanation of the examination for infectious diseases/感染症検査に関する説明
- ☐ Patient's right to ask for another doctor's opinion (second opinion)
/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
- ☐ Others/その他

■ Date of explanation/説明年月日：____/____/____ (Year/Month/Day)

Time/説明を行った時間：_____

■ Place/説明場所：_____

■ Physician providing explanation/説明を行った医師名：_____

(Physician's signature or seal/署名あるいは押印)

■ Witness for the hospital/病院側同席者 _____

■ Witness for the patient/患者側同席者 _____

Having fully understood the above explanations, I [give my consent / do not give my consent] of my own free will to receive treatment/examination. (Circle your choice)

/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

[同意します。 / 同意しません。] （どちらかに○をつけてください。）

/ / (Year/Month/Day)/同意年月日

Patient/同意者 (in person/本人) : _____ (Signature/署名)

(Legal representative/代諾者) : _____ (Signature/署名)

Relationship with the patient/患者との関係 : _____

*I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

/※同意された場合でも、いつでも撤回することができます

After both parties have signed this consent document, one copy will be given to the patient, and the original will be kept by hospital.

/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