

同意文書

殿

私（ ）は、 を受けるにあたって、
下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に
理解しました。また、この検査・治療を受けるかを決定するにあたって、十分な時間がありま
した。以上のもとで、この検査・治療を受けることに同意します。なお、説明文書とこの同意
文書の、複写を受け取りました。

- ☐ 1. あなたの病名・病態
- ☐ 2. 検査・治療の目的
- ☐ 3. 検査・治療の内容と性格および注意事項
- ☐ 4. 検査・治療に伴う危険性とその発生率、偶発症発生時の対応
- ☐ 5. 代替可能な検査・治療
- ☐ 6. 治療を行わなかった場合に予想される経過
- ☐ 7. 患者の具体的希望
- ☐ 8. 検査・治療の同意撤回
- ☐ 9. 連絡先

【説明】説明年月日： 年 月 日

説明医： （自筆署名、もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。）

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意書（本人）： （自筆署名、もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。）

同意者（代理人）： （患者さんとの関係： ）

*本人に同意能力がない場合にのみ、代理人の方が、自筆署名もしくは記名押印してください。
（自筆する。ゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。）

本人あるいは代理人に、

- ☐ 説明文書の複写を渡した。
- ☐ 同意文書の複写を渡した。（複写を渡した後、原本にチェック）