

記入例

ブスコパン使用による子宮卵巣MRI検査の説明及び同意書

当院では、患者さんの権利を守り信頼される医療を行う為、担当医師から検査、処置、手術等の内容について十分な説明を行い、患者さんの同意を得た上で医療を行うこととしています。

・患者さんへの医療にあたっては、ご家族の方も十分に理解されていることが望ましい為、ご家族の署名もお願いしております。但し、患者さんご本人の了承が得られない場合は、この限りではありません。

・患者さんご本人からの了承を得ることが困難であるときは、ご家族の了承を持って、これに代えさせていただきます。（ご家族の範囲は、現実には患者さんのお世話をされている親族及びこれに準ずるものを含みます。）

・同意されない場合、または実施直前までに下記同意内容を変更された場合でも、以後の診療において不利益を受けることはございません。

・ 鎮痙剤（ブスコパン）の使用について

腸管の動き（蠕動）を抑えてブレの少ない画像にするため”ブスコパン”という薬剤を注射して行います。

本薬剤は安全な薬剤ですが、稀に次のような副作用が起こることもあります。

①口渇、目の調節障害、心悸亢進、顔面紅潮

②呼吸困難・血圧低下・痙攣

患者様 記入

※ 実際に行う為、下記の間診票にご記入下さい。

		質問	回答欄
1		鎮痙剤（ブスコパン）を用いて検査を受けたことがありますか？	<input checked="" type="radio"/> はい / <input type="radio"/> いいえ
2	質問1で「はい」と回答した方	鎮痙剤（ブスコパン）を用いて検査を受けた施設は当院ですか？	<input checked="" type="radio"/> 当院 / <input type="radio"/> 他院
3		鎮痙剤（ブスコパン）を用いたことによってどのような症状が出たことがありますか？	(<input checked="" type="checkbox"/> 顔面紅潮)
4		これまでに、右記のような病気にかかったことがある、または現在治療中ですか？ 「はい」場合は該当疾患に【○】 かかったことがない疾患には【×】 を付けて下さい。	【×】 緑内障 【×】 心疾患 【×】 腸閉塞

前回症状が出た
場合のみ記入

私は、上記事項について、十分な説明を受けると共に、質問する機会を得ました。

その結果、今回の医療を受けることについて、次の通りとします。

（下記項目で該当するチェックボックス にチェック をお願いします）

この説明により、予定されている上記事項及び関連する事項について、理解できましたので、上記事項に必要な医療措置が行われることに同意します。

今回、上記事項についての医療措置を受けることについては同意しません。

〇〇年 〇〇月 ××日 △△時 〇〇分 [署名場所：自宅など]

小川赤十字病院 院長 あて

(患者本人署名) 小川 太郎

医療機関 記入

説明施設名	〇〇〇クリニック
説明者署名	日赤 花子

施設名、医師または看護師のご署名