

手術・検査・処置の同意書

本院では患者さんの権利を守り、患者さんが安心して診療を受けていただけるように、担当医から手術・検査等について十分な説明を行い患者さんの自由意志による同意を得られた上で診療を行いたいと考えています。

なお同意の拒否、または実施直前までに同意を撤回されても、診療上不利益をうけることはありません。

診療行為の 名称	胃瘻交換
-------------	------

説明内容

1. 病名と症状

2. 診療行為の方法、および期待しうる効果

既存の胃瘻部からチューブ（カテーテル）を抜去し、新しいチューブ（カテーテル）を挿入します。
X線透視下にて造影剤を使用し、胃内に挿入されたことの確認を行います。
栄養投与や薬剤投与が安全・安定して行えるようになります。
感染や漏れ詰まり破損などへの予防につながります

3. 危険性及び合併症

（妊婦または妊娠する可能性のある対象者については胎児についての情報も含むこと）

- ・出血、疼痛、感染、チューブ逸脱、閉塞
- ・胃内容物の漏出による腹膜炎
- ・まれに、交換困難や再造設が必要になる場合があります。
- ・腹腔内への誤挿入による腹膜炎などで手術の可能性があります。
- ・造影剤アレルギー（血圧低下・呼吸困難・意識障害・じんま疹・かゆみ等）
- ・抜去時に抵抗があることによる交換困難

4. 代替手段とその期待しうる効果、危険性及び合併症

- ・経鼻胃管による経管栄養
- ・中心静脈栄養
- ・抜去時の抵抗がある場合の内視鏡併用下での交換

5. 実施しない場合

感染や漏れ詰まり破損などが起こりやすくなります。

6. その他

診療行為中、予期しない生命に関わるような緊急事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を行います。

説明日時 : 年 月 日 午前 ・ 午後 時

説明場所 : _____

説明医署名：病院名・施設名 _____

医師 _____

同席者署名：（医師・看護師） _____

人吉医療センター院長 殿

私は、上記の診療行為について、必要理由、方法、期待しうる効果、危険性及び合併症、代替手段、実施しない場合の不利益について十分な説明を受けました。

- ☐ 1. 病名と症状
- ☐ 2. 診療行為の方法、および期待しうる効果
- ☐ 3. 危険性及び合併症
(妊婦または妊娠する可能性のある対象者については胎児についての情報も含むこと)
- ☐ 4. 代替手段とその期待しうる効果、危険性及び合併症
- ☐ 5. 実施しない場合
- ☐ 6. その他

*説明された事項をご理解されましたら□にチェックしてください。

私は、診療行為の実施について、

☐ 同意します

☐ 同意しません

***診療を拒んだことによって生じるいかなる事態に対しても
主治医はじめ関係医療従事者および病院に対して、
一切責任を問いません。**

拒絶理由

()

年 月 日

患者氏名（自署）_____

※本人の意志による代諾者の代筆は可

患者本人が未成年、または意識障害・病状等により同意・署名ができない場合は、「代諾者署名」に署名して下さい。

「代諾者」とは、以下の通りです。

- ・患者の親、子、配偶者、兄弟姉妹、3等親以内の親族またはそれら近親者に準ずると考えられるもののうち、成人の者
- ・患者が未成年の場合：親権者または未成年後見人（法定代理人として医療同意が可能）
- ・患者が認めるパートナーです。

成年後見人や施設職員、市役所・社会福祉協議会職員は代諾者には該当しません。

やむを得ず本人や患者関係者等の署名がもらえない場合は、患者が署名できない理由を「同意書の余白」に残してください。

代諾者署名_____

(患者との続柄)

同席者署名_____

(患者との続柄)

緊急で医療行為を実施する必要があるにもかかわらず、患者本人に同意する能力がなく（判断および署名不能の場合）、代諾者の署名をもらうことができない場合には、下記にチェックし、本医療行為を実施する。

- ☐ 代諾者が遠方のため署名ができず、電話で同意を得た
(後日、署名をいただきます)
- 代諾者 ()
- ☐ 身寄りがない場合
- ☐ 家族等の代諾者の連絡先が不明
- ☐ その他 (内容記載:)