

# Surgery/Procedure Consent Form 手術・術式同意書

Year Month Day  
20 年 月 日

Name of Surgery/Procedure: 手術・術式 \_\_\_\_\_

Name of Counseling Doctor: 説明担当医師名 \_\_\_\_\_

Name of Patient: 患者名 \_\_\_\_\_

## For the Patient/Guardian 患者・保護者用

I understand the above Surgery/Procedure to be: (Please write in layman's language)

上記の手術・術式は一般用語で～～～と理解しました。

I understand the nature and goals of the above Surgery/Procedure. 上記の手術・術式の意味と目的を理解しました。

I understand the potential benefits, risks and complications of the above Surgery/Procedure.

上記の手術・術式の利点・リスク・合併症を理解しました。

I understand the potential risks of not undergoing the above Surgery/Procedure.

上記の手術・術式を受けなかった場合に起こりうるリスクの可能性を理解しました。

I have been informed of medical research which the above Counseling Doctor believed relevant to the above Surgery/Procedure.\* 上記の手術・術式が最新医学にかなったものである事を担当医師から説明を受けました。

I have been informed by the Counseling Doctor of alternative treatments and their potential benefits, risks and complications.\* 代わりの治療法とその利点・リスク・合併症などについて説明を受けました。

\*In cases of emergency, I understand that the Counseling Doctor may not have time to effectively carry out this task. 緊急時には効果的治療・処置を優先し十分な説明をする時間がない事があると理解しています。

I am aware that the above Surgery/Procedure may require a blood transfusion or use of blood products, and that this entails the risk of disease transmission, including hepatitis and Human Immunodeficiency Virus (HIV).

上記の手術・術式中に輸血・血液製剤使用の必要性が生じ、それによって引き起こされる肝炎・HIVなどの感染症の可能性の説明を受けています。(Cross out if not applicable) (妥当と思わない場合は消して下さい)

I am aware that the above Surgery/Procedure may require general anesthesia and I understand the potential risks and complications of this. 上記の手術・術式は途中で全身麻酔に切り替える可能性もあり、全身麻酔のリスクと合併症の可能性について説明を受けています。(Cross out if not applicable) (妥当と思わない場合は消して下さい)

Name of Patient: 患者名 \_\_\_\_\_

Signature サイン \_\_\_\_\_

Year \_\_\_\_年 Month \_\_\_\_月 Day \_\_\_\_日 Time \_\_\_\_時 <sup>AM</sup>/<sub>PM</sub>

Name of Guardian (if the Patient is under 18 years old or is unable to give consent): 保護者の名前(患者が18歳以下、あるいは患者様ご自身による判断が困難な場合)

Signature サイン \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: 患者との関係 \_\_\_\_\_

Year \_\_\_\_年 Month \_\_\_\_月 Day \_\_\_\_日 Time \_\_\_\_時 <sup>AM</sup>/<sub>PM</sub>

Name of Counseling Doctor: 説明担当医師名 \_\_\_\_\_ Signature サイン \_\_\_\_\_

Name of Counseling Doctor's clinic/hospital: 医院・病院名 \_\_\_\_\_

Date and time when the above Surgery/Procedure is due to be performed: 上記手術・術式の予定日と時間 Year \_\_\_\_年 Month \_\_\_\_月 Day \_\_\_\_日 Time \_\_\_\_時 <sup>AM</sup>/<sub>PM</sub>

Hospital where the above Surgery/Procedure is to be performed: \_\_\_\_\_  
上記の手術・術式を行う医療機関

Name(s) of doctor(s)/practitioner(s) who will perform the above Surgery/Procedure: \_\_\_\_\_  
上記の手術・術式を行う医師・開業医の名前