

Concent Form/同意書

Introduction/はじめに

When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above/本人が署名できない場合、未成年の場合には、保護者又は代理人に署名をお願いします。

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。

Concent Form/同意書

(病院の名前を入れる)

To the director of the hospital/病院長殿

Patient Name

患者名

2021/04/14 (year/month/day)

regarding the medical procedure to be performed on

has been given explanation according to the explanatory document on

医療行為名

上記の日時に、記載の医療行為を受けられる患者様に説明書などにて下記の事項について説明しました。

- 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

Concent Form/同意書

- 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）を求めることができること
- Others/その他

■Date of explanation/説明日

2021/04/14 (year/month/day)

■Place/説明をした場所:

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

■Witness for the hospital/病院側同席者:

■Witness for the patient/患者側同席者:

□Relationship with the patient患者との関係:

Having fully understood the above explanation, I/以上について内容を十分に理解し、自由な意思に基づき、この治療(検査)を受けることに

- give my consent/同意します
- do not give my consent/同意しません

of my own free will to receive treatment/examination

Patient/患者本人

Legal representative/代諾者

Concent Form/同意書

■Date of Consent/同意日

2021/04/14 (year/month/day)

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

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

本資料は、医師や法律の専門家等の監修を受けて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

Source: Ministry of Health, Labour and Welfare website 出典：厚生労働省ホームページ