

硬膜外無痛分娩 説明・同意書

患者： _____ 様 への硬膜外無痛分

娩について、その目的、内容、危険性などについて説明いたしました。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

1. 説明日：

2. 説明医師：

同席看護師等：

3. 説明を受けた方

本人：

同席者*： _____ (本人との関係： _____)

*患者本人以外に同席者がいる場合

代諾者： _____ (本人との関係： _____)

代諾者は患者本人が未成年者または署名できない場合等

浜松医療センター 院長 様

私は、硬膜外無痛分娩を受けるにあたり、上記の医師から、この医療行為を受けることについて、「硬膜外無痛分娩説明文書 (No. 4800901)」にて下記の説明を受けました。その内容を十分に理解しましたので、自由な意思に基づき、この医療行為を受けることに同意します。

- ・ 医療行為の目的
- ・ 医療行為の内容・注意事項
- ・ 医療行為に伴う危険性
- ・ 医療行為後の注意事項
- ・ 代替可能な医療行為
- ・ 診療経過の中で、診療開始時に行った説明や、説明と同意を得た後の症状などに変化が生じた場合
- ・ 同意を撤回する場合
- ・ 緊急の連絡先

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意者（本人）：

(代諾者)： _____ (本人との関係： _____)

代諾者は患者本人が未成年者または署名できない場合等