

ID

麻酔に関する説明および同意書

患者様氏名 _____ 様

病名術式等 _____

私は、あなたの受けられる麻酔について、口頭または図示により次のように説明いたしました。

- 1.今回、あなたが受ける（手術、検査、処置）には麻酔が必要です。
- 2.麻酔法は（全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔、静脈麻酔、局所麻酔、その他： _____）の予定ですが、状況により適宜変更する場合があります。

一般の合併症

- 1.全身麻酔では、チューブを口から喉に通して人工呼吸しますが、声枯れ、口腔内や歯が損傷する可能性があります。
- 2.硬膜外麻酔や脊椎麻酔の時、まれに末梢神経麻痺や感覚異常、脊髄障害、頭痛が起きる可能性があります。
- 3.肺塞栓症防止のため、下肢マッサージ機器や弾性ストッキングを使用しますが、完全な予防はできません。
- 4.ご幼少やご高齢の方は、呼吸循環系の予備能力が少なく、各種合併症の危険性が高まります。
- 5.喫煙者の方は、狭心症や心筋梗塞、喘息や術後肺炎、傷の治りが悪いといった危険性が高まります。
- 6.緊急手術では、十分な検査や全身状態の改善ができない場合があります、各種合併症の危険性が高まります。

個別合併症

あなたには次のような危険性が特に考えられ、起こりうる合併症をご理解いただけるまでご説明しました。

- 高血圧 心不全 狭心症 心筋梗塞 不整脈 喘息 慢性呼吸不全 低酸素血症 誤嚥
- 脳出血 脳梗塞 意識障害 運動麻痺 糖尿病 内分泌機能異常 出血傾向 肝機能不全
- 腎機能不全 貧血 脱水 気道確保困難 アレルギー（原因物質 _____）
- その他（ _____ ）

これ以外の合併症も発生する可能性、場合により生命に危険が及ぶ可能性をご説明しました。合併症が起きた場合にはすみやかに対応処置を行い、必要に応じて集中治療室で人工呼吸等の全身管理をさせていただきます。

年 月 日

玉川病院麻酔科医師（自署） _____

麻酔に関する同意書

玉川病院 院長殿

私は、今回の麻酔の必要性とその内容、これに伴う危険性などについて十分な説明を受け、理解致しましたので、その実施を同意します。なお、麻酔実施中に緊急の処置・検査を行う必要が生じた場合には、適宜処置・検査されることについても同意します。

年 月 日

1.患者氏名（自署）
（または保護者、代理人の代筆） _____

※患者さまが、意識不明・病状等により署名ができない場合は、保護者、代理人の方に代筆していただき、下記の保護者、代理人署名欄に署名をお願いします。

※患者さまが、未成年者の場合は、下記の保護者、代理人署名欄に親権者または未成年後見人の方などの署名をお願いします。

2.保護者、代理人（自署） _____（患者との続柄 _____）

3.同席者（自署） _____（患者との続柄 _____）

玉川病院麻酔科