

麻酔に関する説明および同意書

患者ID カナ氏名	生年月日		
患者氏名	性別	年齢	歳

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)には麻酔が必要です
2. 麻酔法は(全身麻酔) 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。

一般的合併症

- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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 ☐ 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 ☐ 出血傾向 ☐ 貧血
- ☐ 内分泌異常) ☐ 肝機能障害 ☐ 腎機能障害 ☐ 脱水 ☐ 気道確保困難
- ☐ アレルギー() ☐ 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。

☐ <患者様へお願い> 当院では、周術期の安全性を高める目的で麻酔法・鎮痛法などに関して調査研究を行っております。その結果を、個人情報保護法を遵守した上で、学会などで発表させて頂きたく、ご協力をお願い致します。

玉川病院麻酔科医師

2017/6/23

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和その内容、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。 ☐ 臨床調査研究の協力にも同意します。

1. 患者氏名 (自署) 平成 年
(保護者、代理人の代筆) 20 年 月 日

※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)

玉川病院麻酔科

郵便番号158-0095



公益財団法人 日産厚生会 玉川病院

Tel 03-3700-1151 Fax 03-3700-2090