



Queensland  
Government

## Consent (Japanese) - 全員の同意

Child/Young Person (under 18 years) -  
子ども/若者 (18歳以下)

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

### A. 患者は、理解する能力があるか。

はい 患者は、子ども/若者であるが、十分な成熟度、理解、知能があり、提案された処置/治療/研究/検査の性質、結果そしてリスク、そして治療を受けないことによる結果「ギリック意思決定能力」を十分に理解しており、納得診療を受けることができる。(Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority[1986年] AC112)

→ セクションBへ

いいえ 両親/法定後見人/その他の親権と責任を持つ人が、同意をし、このフォームを完成させる。

→ セクションAを記入する

\*養育/親権命令や養子、またはその他の公式に認められた法定後見人/後見人の取り決めを含む正式な取り決め。クイーンズランドヘルスの「医療における詳細な情報を得たうえで意思決定のガイドライン」と自治体の政策と手順を参照してください。決裁権限の情報源を以下から該当するものを記入しなさい。

決裁権限の情報源に該当するものがあれば、一つチェックしなさい:

裁判所命令 →  裁判所命令確認済み

法定後見人 →  書類確認済み

のその他の人\* →  書類確認済み

親/法定後見人/その他の人\*の氏名:

子供/未成年との関係:

### B. 通訳が必要か。

もし、必要ならば通訳は、

告知に基づく同意文書のサイトトランスレーションを直接本人に行った。

納得診療の翻訳を電話を通じて行った。

通訳の氏名:

通訳コード:

言語:

### C. 患者/親/法定後見人/その他の人\*が、以下の治療を受けることを希望した。

処置のタイトル:

処置のサイト/サイド:

これは、秘部の処置であるか。

はい (質問2に回答ください)  いいえ

オーストラリア医事局ガイドライン医師と患者の関係性でのセクシャル境界線を参照ください。

### D. を受ける患者特有のリスク

(医師/臨床医は、患者向け情報シートに書かれていない追加のリスクを文章化すること):

### E. を受けない患者特有のリスク

(医師/臨床医は、[処置のタイトル]を受けないことによる特定のリスクを文章化すること):

### F. 代替えの治療のオプション

(医師/臨床医は、患者向け情報シートに書かれていない代替えの治療法を文章化すること):

### G. 医師/臨床医のための情報

この同意書に書かれている情報は、医師/臨床医と患者/親/法定後見人/その他の人\*が直接コミュニケーションをとることの代替えではありません。

私は、患者/親/法定後見人/その他の人\*にこのフォームの内容を説明し、その情報は十分に理解された。

医師/臨床医の名前:

任命:

署名:

日付:



### Consent (Japanese) - 全員の同意

Child/Young Person (under 18 years) - 子ども/若者 (18歳以下)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

#### H. 患者/親/法定後見人/その他の人\*の同意

私は、医師/臨床医が、以下のことを説明してくれたことを同意します:

- 患者向け情報シート (処置の名称)
- 健康状態、追加の治療可能性を含む、提案された治療法について
- 処置による、特定のリスクと恩恵
- 治療を受けないことによる予後とリスク
- 代替の治療のオプション
- この処置で必ずしも病状が改善される保証はないということ
- 処置には輸血を伴う可能性があること
- 細胞/血液が採取され診断に使われる可能性があること
- もし、処置/治療/診断/検査中に、緊急の生死にかかわる事態が起きれば、私の/その子どもの医療提供は臨床診療実施基準に従い、患者の利益を最優先して行われます
- コンサルタント、専門医以外の医師、臨床医が、臨床的に適切な処置/治療/診断/検査を実施/助ける場合がある。これは、監視下にある研修医/研修臨床医を含みます
- 医師や臨床医が、処置の最中に、記録が必要ない箇所の治療で、録画、録音、写真撮影(トレーニングまたは研究目的として)をしたと思った場合、別個の同意書への署名を求められます。もし、私が、この同意をしなかった場合、これは、医療へのアクセス、その結果、治療を受ける権利に不利益は一切生じません。

もし、心配や不安なことがあった場合には、医師/臨床医に質問することができた。

私は、自分の、同意について、書類に署名した後でも、いつでも考えを変える権利があることを理解しています。(書類に署名した後での変更は、医師/臨床医にご相談ください。)

私/親/法定後見人/その他の人\*は、以下の同意書と患者向け情報シートを受け取りました:

処置のタイトル:

あなたの子どもの麻酔について

新鮮な血液と血液製品輸血

上記の陳述に基づき、

#### 1) 私/親/法定後見人/その他の人\*処置を受ける同意

親/法定後見人/その他の人\*の氏名:

署名:

日付:

私は、法定またはその他の理由で、この子ども/若者にたいして制限された同意をする理由がない。(子ども/若者が、ギリック意思決定能力を満たしている場合には当てはまらない)。

#### 2) 専門訓練目的の研修生による検査・処置

この病院の専門的な訓練を目的とした理由で、研修生が診療する場合があります。また患者/親/法定後見人/その他の人\*の同意によって、患者に麻酔がかかっている時に、処置や検査を行ったり、手助けする場合があります。

私/親/法定後見人/その他の人\*は臨床研修中の学生が次のトレーニングを受けることに同意します:

- 検査/処置を観察する  はい  いいえ
- 検査/処置を手助けする  はい  いいえ
- 検査/処置を行う  はい  いいえ

# Consent (Japanese) - 同意

Child/Young Person (under 18 years) | Informed consent: patient information  
子ども/若者(18歳以下) | 納得診療: 患者向け情報シート

患者/親/法定後見人/その他の人\*がこのフォームのコピーを熟読し、処置に対して質問する時間を十分に与えるために、このフォームのコピーが与えられます。この同意書と患者向け情報シートは、患者の診療記録に追加記録されます。



## 1. 処置とは何か。また、それがどのように私(患者)の役に立つのか。



## 2. リスクはありますか。

この処置には、リスクと合併症が伴います。また個人のコンディションや状況により特定のリスクがある場合があります。これらの事を医師/臨床医に相談して、同意書にこれらのリスクが記載されていることを、署名する前に確かめましょう。リスクは、以下を含みます。正し以下だけに限定されません:

### 一般的なリスクと合併症

(処置に関するリスクを当てはめる)

- 抗生物質やさらなる治療が必要になる炎症が起こる可能性
- 出血が起こり、手術室に戻る必要が出てくる可能性。出血により、輸血が必要になる可能性。
- 補完薬などを含む一部の薬や病気が、血栓につながる可能性があります。影響がある薬のリストは以下のサイトから閲覧可能です [www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner)
- 小さな肺虚脱により、胸の炎症のリスクが上がる。これには、抗生物質及び理学療法が必要です。
- 肥満及びまたは喫煙されている人の傷の炎症、胸の炎症、心臓と肺の合併症、足や肺の血栓の可能性が高まること。

(処置に関するリスクを当てはめる)

## 稀なリスクと合併症

(処置に関するリスクを当てはめる)

- 心臓発作または脳卒中が心臓に負担がかかることによって起きるかもしれない
- 足の血栓により、痛みと腫れを生じる。稀な場合では、血栓の一部は壊れ肺に向かう可能性があります。
- この処置による死亡の可能性は極めて低いです。

## 麻酔

処置:

- 麻酔が必要です
- 麻酔が必要かもしれません
- この処置は、麻酔を必要としません

麻酔と麻酔に関するリスクの詳しい情報は、あなたに渡された麻酔患者向け情報シートを参照にしてください。どんな心配事も医師や臨床医にご相談ください。

もし、麻酔情報シートがお手元にない場合、お声掛けください。

## 検査を受けないリスクはありますか。

提案された医療、処置、研究、検査を受けないことによる影響があるかもしれません。医師や臨床医にご相談ください。

この処置を受けないことにした場合、同意書に署名する必要はありません。

もし、同意書に署名した場合、処置/治療/診断/検査を受ける前に、あなたにはいつでも考えを変える権利があります。医師/臨床医に連絡し、ご相談ください。



## 3. 代替えの処置はありますか。

処置を受ける判断をする場合、患者/親/法定後見人/その他の人\*が受けられる処置全てを理解する必要があります。同意書に署名する前に、代替えの治療法をあなたの医師/臨床医にご相談ください。



## 4. 処置後、どのような事が行われますか。

ヘルスケアチームが、退院時に、処置後何をすべきか、どんなことがあるかを説明します。



## 5. 誰が処置を行いますか。

コンサルタント、専門医以外の医師、臨床医が、適切な処置/治療/診断/検査サポートまたは実際の処置を行います。これには、研修中の医師/臨床医を含みますが、すべての研修医/臨床医には、専門的ガイドラインに沿った監督が付きまます。

もし、どの医師または臨床医が処置を行うか不安がある方は、医師または臨床医と相談してください。

この病院の専門的な訓練を目的とした理由で、研修生が、検査、処置を見学、またあなたの同意によって、患者に麻酔がかかっている時に、処置や検査を行ったり、手助けする場合があります。

あなたが、この同意をしなかった場合、これは、医療へのアクセス、その結果、治療を受ける権利に不利益は一切生じません。あなたは、研修医の専門的な訓練の一環として、研修医が検査や処置を行ったりすることに対して同意をしななければならないことは一切ありません。



## 6. どこでサポート、または詳しい情報を見つけられますか。

病院での看護(処置前、間、その後)は、クイーンズランドヘルスのウェブサイト [www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after](http://www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after) にて、ヘルスケアの権利について詳しい情報がご覧になれます。

また、血液希釈剤のリストを以下のウェブサイトでご覧になれます。 [www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner)

スタッフが、患者の文化的、宗教的ケアをします。文化的、または宗教的サポートを受けたいと思う場合は、医師または臨床医にご相談ください。

クイーンズランドヘルスは、アボリジニとトレス海峡諸島の患者に対して、意思決定をする際に彼らの文化を考慮し、最高の臨床ケアを行います。



## 7. 質問

もしあなたが、この患者情報文書が理解できない、またはあなた自身もしくは患者の病状、治療のオプション、提案された処置/治療/調査/検査に疑問がある場合は、医師または臨床医にご相談ください。



## 8. 連絡先

**緊急の場合は、000にお掛けください。**

緊急でないが、心配がある場合、13ヘルス(13 43 25 84)にお電話ください。