



Queensland
Government

Consent (Japanese) - 同意

Adult (18 years and over) - 成人 (18歳以上)

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 → セクションBへ
 いいえ → セクションAに記入してください

医療についての事前指示書 (AHD) に必ず従わなければならない。または、医療についての事前指示書がない場合には、代理意思決定人からの同意書を次の順で得なければならない。カテゴリ
ー1、裁判所指定の後見人、2、永久代行委任状、または、3、法定保健代理人。

代理決定人の名前:

代理決定人のカテゴリー:

B. 通訳が必要か。

もし、必要な場合、

- 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。
 告知に基づく同意文書の翻訳を電話で行った。

通訳の氏名:

通訳コード:

言語:

C. 患者/代理決定人は、以下の処置を希望しました。

[処置のタイトル]

これは、秘部の処置であるか。

- はい (質問2に解答ください) いいえ

D. 処置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下記に文章化すること):

E. 処置を受けない患者特有のリスク

(医師/臨床医は、[処置名]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の治療法を文章化すること):

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN





Consent (Japanese) - 同意

Adult (18 years and over) - 成人 (18歳以上)

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

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/法定後見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/法定後見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/臨床医の氏名:

任命:

署名:

日付:

H. 患者/代理決定人の同意

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
- 代替え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、生命にかかわることが起きた場合、私は事前に書類化された話し合いに基づいて処置されます。(例AHDまたはAPR「緊急蘇生プラン」)
- コンサルタント、専門医以外の医師、臨床医が、臨床上に適切な処置/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/研修臨床医を考慮します。
- 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)をしたいと思った場合、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、私の医療へのアクセス、その結果、治療を受ける権利に不利益は一切生じません。

私は、医師/臨床医に質問することができ、心配や不安なことを話すこともできた。

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/代理意思決定人は、以下の同意書と患者向け情報シートを受け取りました

処置タイトル:

「あなたの麻酔について」

「新鮮な血液と血液製品輸血」

上記の陳述に基づき、

1) 私、代理決定人は、以下の処置を受けることに同意します。

患者の名前/代理決定人の名前:

署名:

日付:

2) 研修生のための学生検査/処置 トレーニングの目的:

専門的な訓練の一環として、研修生が検査、または処置を見学する場合があります。または、患者/代理意思決定人の同意により、患者が麻酔にかかっている状態で、処置や検査の手助け/処置を行う場合があります。

私/代理意思決定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

Adult (18 years and over) | Informed consent: patient information
成人 (18歳以上) | 納得診療: 患者向け情報シート

患者、または決定代理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。この同意書と患者情報用紙は、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、以下を考慮します。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
- ワルファリン、アスピリン、クロピドグレル (プラビックス、アイソカバー、コプラビックス)、プラスグレル (エフィエント)、ジピリダモール (ペルサンチン または アササンチン)、チカグレロル (ブリリンタ)、アピキサバン (エリクイス)、ダビガトラン (プラダクサ)、リバーロキサバン (イグザレルト) などの血液希釈剤、または、魚油やウコンなどの補完/代替医療薬を使用している方に、出血がより多く見られます。
- 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

稀なリスクと合併症

(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. 代替の処置はありますか。

処置を受ける判断をする場合、患者または、代理決定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/臨床医を考慮しますが、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、あなたの医療へのアクセス、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 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

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。