



Queensland  
Government

**Additional Student Consent for Intimate  
Procedures (Japanese) -  
追加の学生の秘部の処置同意書**  
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1-1裁判所指定の後見人、2、永久代行委任状、または、3、法廷保健代理人。

代理決定人の名前:

代理意思決定人のカテゴリ:

**B. 前回の同意**

あなたが、すでに処置のための同意書にサインをしている場合。この追加の同意書は、あなたに以下の同意を求めるものです。研修生が、専門的な検査・処置の学習を目的とし、陰部などの処置/検査を観察、手助け、または行うこと。

インテミテイト処置とは、秘部にかかわる処置の事で、胸、性器、およびまたは、内診(膣や直腸)を指します。患者の文化や信仰心により、何を秘部と感じるかが定義されます。

**C. 専門研修のための学生検査/処置**

専門的な訓練を目的とした理由で、学生が、診療、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、手助けしたり場合があります。

私/意思決定代理人は研修生が専門的な訓練の一環として以下の事に参加す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

**患者/代理意思決定人の同意**

患者の名前/代理決定人の名前:

署名:

日付:

**D. 医師/臨床医のための情報**

私は、この追加の情報を患者/代理意思決定人に伝え、私の見解では、これらを理解していた。

医師/臨床医の氏名:

任命:

署名:

日付: