患者さんへ

※16歳未満の患者が対象となる研究は、

インフォームド・アセントを別に作成してください。

「治療名」について

**はじめに**

　治療内容について、担当医師から十分な説明を受け、治療内容にご理解をいただいたうえで、この治療を受けるかどうかはあなたの自由意思で決めて下さい。お断りになってもあなたの不利益になるようなことは決してありません。

　もしわからないことがありましたら、どんなことでも構いませんので、いつでも担当医師に質問してください。

**１．診断名と今回の治療内容**

**２．本治療のもつ特徴**

　【医療行為の目的・必要性・有効性】

　【代替可能な医療行為とそれに伴う偶発症とその発生率について】

　【医療行為を行わなかった場合に予測される経過・予後】

**３．本治療の実施方法・期間**

【実施方法】

薬剤名・投与量や投与方法、検査

項目、採血量や採血回数・通常診療と同一手技または別手技な

ど具体的に患者さんに分かりやすい言葉で記載してください。

（例：嘔気→はき気）

【治療期間】

おひとりの患者さん個人にかかる期間を記載してください。通院の回数や検査にかかる時間、時期等具体的に記載してください。

**４．予想される効果と副作用について**

【効果】

　【副作用】

例) 　以下のような副作用が報告されています。重篤な副作用の報告はありません。

○○剤：商品名〔一般名〕

　　　副作用：総症例○○○症例中○○症例（○．○％）に副作用が認められました。主な副作用は、○○（○．○％）、○○（○．○％）、○○（○．○％）でした。

具体的な主な副作用を列挙（発生率も記載）してください。

【健康被害に対する補償について】

　治療によって生じた健康被害に対する補償・賠償の有無とその内容を記載してください。

**５．ご辞退について**

 　この治療を受けるかどうかは、患者さんの自由意思で決めて下さい。お断りになっても、患者さんの不利益はありません。

また、同意しても、いつでも治療を中止できます。この治療を受けることを決めた後でも、止めたくなった時はいつでも中止できますから、担当医師（役職・氏名・診療科・電話番号）にご相談ください。その場合あなたの不利益になるようなことは決してありません。

**６．守っていただきたいこと**

 　本治療中は、私たち担当医師の指示に従ってくださいますようお願いいたします。何か異常が起きましたら、すぐに私たち担当医師に知らせてください。 私たち担当医師の指示を守ったにもかかわらず、あなたがこの治療で健康被害を受けられたときには、私たちが責任をもって適切な処置及び治療を行います。

**７．患者さんの費用負担について**

　　保険診療/自費診療/病院負担などの説明を記載してください。

**８．連絡先**

　この治療または説明書の内容についてもっと詳しく知りたいときや、何か分からないこと、心配なことがありましたら、何でも遠慮なく下記にお尋ねください。

|  |
| --- |
| 担当医師の氏名・所属・職名および連絡先　この治療の責任者：○○科・教授・□□▽▽　この治療の分担者：○○科・講師・　　　　　　 　　○○科・助教・　連絡先電話：03－3762－4151 |

この治療の内容について十分な説明を受け、ご理解いただいたうえで、この治療をお受けになることをお決めになりましたら、同意書に署名および捺印し、日付を記入の上でご提出ください。

 その後に、説明文書とともに同意書の写しをお渡しいたします。