

Name of Patient: \_\_\_\_\_  
HKID: \_\_\_\_\_ M/F Age: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
Dr.: \_\_\_\_\_ Date of Admission: \_\_\_\_\_  
Bed / Patient No.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Part A Consent for Endoscopic Procedure**  
内視鏡検査にかかる同意書 (訳)

(A) 私、△△△ △△△ (患者氏名) 香港 ID / パスポート No. \_\_\_\_\_ は、下記 検査を受ける事に同意する。

または、

(B) 私、△△△ △△△ (署名者氏名) 香港 ID / パスポート No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (患者氏名)の父/母/親族/保護者であり、患者が下記検査を受ける事に同意する。

- 胃カメラ ± 生検 ± ポリプ切除 ± 止血
- 大腸鏡 ± 生検 ± ポリプ切除 ± 止血
- 大腸鏡 ± 生検 ± ポリプ切除 ± 止血
- 軟性気管支鏡 ± 生検 ± ポリプ切除 ± 止血
- 軟性膀胱鏡 ± 生検 ± 止血
- 内視鏡的逆行性膵胆管造影(ERCP) ± 乳頭括約筋切開術 ± 石の除去 ± スtent挿入 ± 止血 ± 生検
- その他: \_\_\_\_\_ (検査・治療法)

局部麻酔/静脈鎮静剤/モニター下麻酔治療/麻酔無し/全身麻酔のもと、  
医師 DR \_\_\_\_\_ により治療を行う。

(1) 治療方法は、以下のとおり:

- (a) 本治療法の適用性。
- (b) 本治療法の内容・性質
- (c) 潜在する合併症および副作用の一般的な危険性の説明。出血、傷口の感染、肺炎、その他の感染、心臓発作、脳卒中、足の静脈血栓、肺塞栓、及び死亡などを含むが、これに限らない。
- (d) 患者の状態や本治療法に関連して潜在する合併症及び副作用の特有な危険性の説明。
- (e) その他の治療法の選択や、治療をしない場合の結果。
- (f) 本治療処置中又は本治療後に、次に示す、追加の 及び/又は二次的な治療や管理が必要になる可能性。集中治療 (IC)、輸血及び/又は血液製剤の投与； \_\_\_\_\_ などを含む。
- (g) 本治療の過程で必要又は望ましいことが判明した場合は、更なる代替手術処置に対しても同意する。

(2) 麻酔に伴う可能性のある危険性/合併症

(a) 一般的な危険性/合併症

- ◆ 以下に記述する軽度の危険性/合併症は、一般的なものである。

嘔気、嘔吐、全身痛、痛み、震え、頭痛、めまい、術後の痛み、注射部位の痛み、喉の痛み等があるが、これに限らない。

- ◆ 重度な合併症は稀少である。例えば、呼吸困難、脳卒中/脳損傷による永久的な障害、心臓負荷により起こりうる心臓発作、薬剤に対するアナフィラキシー反応、全身麻酔中の覚醒、及び歯もしくは口唇の損傷等があるがこれに限らない。
- ◆ 重度な合併症のいくつかは死に至る場合もある。

**(b) 患者に関連する危険性**

以下に記載する病歴がある患者に関しては、危険性が高くなる。

糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、喘息を含む呼吸器の病気、風邪/インフルエンザ、喫煙者、肥満、高齢者。

(3) 私は、下記の事項について了解する。

- (a) この同意書に署名する前に、提示された危険性や合併症は全て網羅していないことの説明を受けた。稀少な合併症は明記されていないこともある。
- (b) 本治療を行うに当たり、医師以外の医療従事者が適宜作業補佐をする可能性がある。
- (c) 本治療中に組織や臓器が採取された場合には、病理学検査に提出され、病体は適切に保管又は破棄される可能性がある。
- (d) 本治療から得られた写真その他の記録情報を、医学的資料や教育目的で使用する可能性がある。後者の場合、患者の個人情報公開されたり、個人が特定されるものではない。
- (e) 本治療を受ける事が、患者の状態や予後の改善を保証するものではない。

(4) 私は、本治療の説明資料（コピー添付）を確かに受け取り、同資料を再確認し内容を完全に理解する。

(5) 私は、鎮静状態から目覚めた後、退院時に成人の付き添いがない場合に伴う危険性に関して病院が一切の責任を負わないことを理解および承諾する。

<原本にご記載をお願いします>

<原本にご記載をお願いします>

患者/ご両親/親族/保護者の氏名

立会い者の氏名

<原本にご記載をお願いします>  
>

<原本にご記載をお願いします>

患者/ご両親/親族/保護者の氏名

立会い者の署名

ID/Passport No: \_\_\_\_\_

患者との関係性: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_

**医師の宣言:** 私は、患者/ご両親/親族/保護者の全ての質問に答え、上記署名者の検査における危険性及び利点を説明した。私の知る限りでは、確かに患者/ご両親/親族/保護者に十分に情報は提供し、同意を得た。それらの全ての詳細は、患者のカルテに記録してある。

To DR: Please fill in the original form

医師の氏名

日付: \_\_\_\_\_

To DR: Please sign on the original form

医師の署名

私、 \_\_\_\_\_ (通訳者氏名)は、事実の通り、明白に、はっきりとこの文書を  
(通訳した言語)で患者/ご両親/親族/保護者に通訳をしたことを証明する。

通訳者の署名: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_