ID　@@SYPID@@

患者氏名　@@ORIBP\_KANJI@@　様

医療行為（適応外使用）

説明・同意書

様式第１－２号－１

**患者さんへの説明文書**

「（疾患名）に対する（医薬品名・医療機器名）の使用について」

　以下の青字は解説の文章です。記入後に削除してください。

専門用語を避け、平易な言葉を用いて分かりやすく説明することに加え、患者様へ説明する文書として体裁（行頭の位置、適切な改行等）を整えるよう努めて下さい。

引用文献、ガイドラインの翻訳などをもとに、わかりやすく説明してください。また、申請書、計画書と齟齬のない内容になるよう注意してください。

１.　疾患の説明

疾患の説明、保険適応がある従来の標準治療の利点・問題点等を述べて下さい。

２.　未承認新規医薬品（適応外医薬品）等を使用する目的

　　 １の説明より、当該医療行為が必要となった理由を記載してください。

３.　治療の方法

（１）未承認新規医薬品（適応外医薬品）等について

使用する医薬品・医療機器名称を記載してください。

（２）投与方法・使用方法

　　　具体的な投与方法、投与回数、投与量を記載してください。

４.　予想される利益・不利益

（１）予想される利益

引用文献、ガイドライン、添付文書から、分かっている範囲で数字を含めて述べ

て下さい。

（２）予想される不利益・危険性

引用文献、ガイドライン、添付文書から、重篤なものを5つほど、数字を含めて

述べて下さい。特に副作用、添付文書に記載がある主な内容は%の記載も反映させて

ください。

リスクが具体的に明記されていないと審査できません。申請書や計画書の記載と

齟齬がないようにお願いします。

５.　他の治療法の有無及びその内容

具体的にあげて、申請する治療との比較をメリット、デメリット両方の視点で記載

してください。

６.　健康被害発生時の補償について

（例）生じた有害事象については通常の保険診療にて治療を行います。

７.　同意撤回について

　　 同意撤回の方法を記載してください。

８.　その他　必要に応じて追記・修正・削除してください。

・　治療上の理由や安全上の理由から行動制限（抑制帯の使用・ミトンの使用等）

をさせていただく場合があります。

・　必要に応じてＨＩＶ等の検査を行うことがあります。

・ 病気に関するデータや標本を教育研究のために利用させていただくことがあり

ます。ただし、個人を特定されることはありません。詳細は入院案内、外来掲示、

ホームページ等をご参照ください。

* この同意書は、今回の治療についてできるだけ詳しい説明を行うための書面で

す。私たち医療者は治療に最大限の努力をいたしますが、現在の医療でも未だ解

明されていないことがあり、また、予め確認できない患者さんの身体的な個人差

もあるため、非常に稀なことですが不測の事態が生じる可能性があることについ

てもご理解願います。

同　意　書

兵庫県立尼崎総合医療センター　病院長　殿

「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について」

私は治療計画に関する説明を別紙説明書により担当医師から受け、下記の点を確認した上、この治療に同意します。

1. 疾患の説明
2. 未承認新規医薬品等を使用する目的
3. 治療方法
4. 予想される利益・不利益
5. 他の治療法の有無及びその内容
6. 健康被害発生時の補償について
7. 同意の撤回について
8. その他

上記について、私が説明しました。

　　　　　　　　説明担当医署名：

　　　　　　　　説明立会者署名：

　　　　　　　　説明年月日　　：西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |
| --- |
| 上記の説明を受けよく理解しました。  本治療を受けることに（どちらかに☑）  　　　　　□　同意します  　　　　　□　同意しません  　　　　　患者本人署名：  　　　　　同意年月日：西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日  <以下は患者本人の同意能力が不十分な場合>  　　　　　署名：　　　　　　　　　　（患者さんとの関係：　　　　　）  　　　　　同意年月日：西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |