未承認医療技術提供・適応外医療技術提供に関する説明書・同意書

私は、@PATIENTNAME 様に下記のとおり説明します。

（西暦）　　　年　　月　　日　説明医師　@USERBELONGSECTION

立会者　医師

立会者　看護師

下記について説明を受け、同意しました。

（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日

患者氏名（署名）

代諾者氏名（署名） 　　 　　　 続柄（　　　）

（親権者、後見人、その他これに準ずる者）

@@@@KR02,食物経口負荷試験,@PATIENTID,@USERID,@PATIENTSELECTEDSECTIONCODE,@DOCDATE2,@PATIENTWARCODE,@PATIENTENTERHOSPITALDATE2

患者から同意を得たが、署名ができない

患者の同意を得られず、代諾者から同意を得たが、署名ができない

　　　　　　　　　　　記載者名：

**１）病名、病態**

あなたの病名はクリックして病名を入力してくださいです。

**現在の状態は次の通りです。**（図を用いる場合は別紙参照）

ここをクリックしてテキストを入力してください

**２）本治療の目的**

ここをクリックしてテキストを入力してください

**３）本治療の方法**

ここをクリックしてテキストを入力してください

**４）予期される利益及び危険性**

ここをクリックしてテキストを入力してください

**５）健康被害が発生した場合の対応**

ここをクリックしてテキストを入力してください

※副作用によって健康被害が発生した場合の治療に係る費用は、ご本人が加入されている公的健康保険を利

用します。また、未承認の医療技術により発生した副作用については、国の副作用救済制度の対象外となります。

**６）他の治療法に関すること**

ここをクリックしてテキストを入力してください

**７）本治療への同意と同意撤回の自由について**

本治療を受けるかどうかについては、よく考えていただき、あなた自身の自由な意思でお決めください。本治療を受けることに同意された後、もしくは本治療が始まった後でも、いつでも同意を取り下げることができます。もし、お断りになっても、あなたのこれからの治療に差し支えることは一切ありません。

**８）費用負担について**

ここをクリックしてテキストを入力してください

**９）問い合わせ窓口**

治療について質問がある場合や、緊急で連絡が必要になった場合には、下記まで連絡してください。

担当医師が対応できるまでにお時間を頂く場合があること、折り返し病院より連絡させていただく場合があることをご了承下さい。

**富山大学附属病院　電話076-434-2315**

**連絡先：（**@USERBELONGSECTION 選択してください**）**　**対応可能時間：（**選択してください**）**

**【備考】**