

病勢・状態に応じて、入院・外来のどちらでも行う場合があります。入院中・自宅にいるときでも、共に感染症に罹りやすくなりますので、手洗い、うがい、風邪予防に気をつけて生活をしてください。

他、空咳がでる、息切れがする、息苦しさなどの症状を認めるときは早めにご連絡ください。

副作用の程度によっては退院の延期や、緊急入院が必要になる場合があります。

入院中であっても転倒・転落による骨折・脳出血や誤嚥による肺炎が起こりえます。ご注意ください。

他の治療選択肢・代替医療について：

現在、本治療と同等の治療成績が得られ、確立した他の治療法としては、新規ホルモン療法、ビンテージ・ホルモン療法、放射線療法（外照射、放射性医薬品）、その他の抗がん剤、補完、代替療法、その他がありますので医師にお尋ねください。

セカンドオピニオン・ご本人の自己決定権について：

等が挙げられます。ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の拡がり方などを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。

また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

私は、化学療法(ドセタキセル療法)の目的、方法および危険性について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 _____）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要