

✓ その他

手術後や麻酔の半覚醒状態に伴う意識障害により、点滴や治療のためのチューブを抜いてしまったり、転倒、転落の危険性が認識できない状態にある場合、患者様の安全を守るために必要最小限の行動制限（ベッド柵の複数固定、体動センサーなど）をさせていただく場合があります。

ご年配の患者さんのなかには、入院生活や手術といった状況の変化に適応できないために、精神症状や日常生活を送るための能力が低下することがあります。このため、入院の時から退院後の快適な生活のために様々な支援が必要と考えられる時には、ご家族にご相談する場合があります。

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、

（腎ろう造設：背中から腎臓に管を通します。経過観察：数か月後に大きくなっているか経過をみます。経尿道的結石碎石術（TUL）、経皮的腎・尿管碎石術（PNL）、尿管切石術・腎摘除術（腹腔鏡・開腹））等が挙げられます。それぞれの治療方法にはそれぞれにメリット、デメリットがあり、患者様の症状、既往歴や全身の状態、そしてご希望などをもとに、主治医が選択肢を検討して提示いたします。

実施しない場合の予後

痛みや感染の持続、腎機能廃絶の危険などが考えられます。

セカンドオピニオン・ご本人の自己決定権について：

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がり等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、尿管ステント留置の目的、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