

歯科外来手術及び麻醉同意書

*** 基本資料** 基本資料

病人の氏名 病人姓名： _____

生年月日 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年/月/日)

病歴番号 病歴號碼： _____

手術同意書

手術同意書

1. 実施予定の手術(中国語にて記入し、必要時には医学的な名詞に外国語で注意書きを添えること)

擬實施之手術 (以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文)

(1) 病名 疾病名稱：

(2) 提言する手術名 建議手術名稱：

(3) 提言する手術原因 建議手術原因：

2. 医師の声明 醫師之聲明

(1) 私はすでに病人が理解できる方法できうる限り、この項目の手術に関連する情報を説明しました。特に下記の事項となります：

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

手術が必要となる原因、手術の手順と範囲、手術のリスクと成功率、輸血の可能性

需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性

手術の合併症及び処理する可能性のある方式

手術併發症及可能處理方式

手術を行わない場合に起こりうる後の結果及びその他の代替となる治療方法

不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式

手術後に予期される、起こりうる可能性のある一時的または永久的な症状

預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀

その他の手術に関連する説明と資料は、すでに病人に交付してあります

其他與手術相關說明資料，已交付病人

(2) 私はすでに病人に十分な時間を提供しており、以下の今回の手術に関連する問題を問合せ、また回答しています。

我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

A. _____

B. _____

C. -----

手術担当医師 手術負責醫師

氏名 姓名：

署名 簽名：

期日： 年 月 日（日期：年/月/日）

時間： 時 分（時間：時/分）

3. 病人による声明 病人之聲明

- (1) 医師はすでに私に対し説明を行い、また私はすでにこの手術を実施する必要性、手順、リスク、成功率の関連する情報を理解しています。

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。

- (2) 医師はすでに私に対し説明を行い、また私はすでにその他の治療方式を選択するリスクを理解しています。

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。

- (3) 医師はすでに私に対し説明を行い、また私はすでに手術で起こりうる可能性のある予後の状況と手術を行わない場合のリスクを理解しています。

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。

- (4) 私はこの手術で必要時には輸血の可能性を理解しています：私は輸血に
同意します 同意しません。

我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我同意 不同意輸血。

- (5) 私の状況、手術の進行、治療方式などに対し、私はすでに医師に対し問題と憂慮を伝え、またすでに説明を受けています。

針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

- (6) 私は手術の過程において、治療の必要により切除された器官または組織が、医院にて一定期間保留され検査報告が行われ、また今後法に基づき慎重に処理される可能性があることを理解しています。

我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。

- (7) この手術には一定のリスクがあり、必ずや病状が改善すると保証できないものであることを理解しています。

我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情。

- (8) 私はすでに医師よりその他の手術に関する説明資料を渡されています。

我已經取得醫師交付之其他與手術相關說明資料

麻醉同意書

麻醉同意書

1. 実施を予定している手術名(医学用語で分かりにくい場合は、簡単な説明を加えてください)

擬實施之手術名稱（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

医師が実施する手術名 醫師施行手術名稱：

インプラント 人工牙根植入術

単純な歯の切除手術 單純齒切除術

複雑な歯の切除手術 複雜齒切除術

その他 其他：

2. 提言する麻酔方式 建議麻酔方式：

局部麻酔 局部麻酔

鎮痛 鎮靜術

全身麻酔 全身麻酔

その他 其他：

3. 医師の声明 醫師之聲明

(1) 私はすでに病人のための施術前の麻酔の評価作業を完成させています。

我已經為病人完成術前麻酔評估之工作。

(2) 私はすでに病人が理解できるできうる限りの方法で、麻酔に関する情報を説明しました。特に下記の事項となります：

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻酔之相關資訊，特別是下列事項：

麻酔の手順

麻酔之步驟

麻酔のリスク

麻酔之風險

麻酔のリスク

麻酔後，可能出現之症狀

別途麻酔関連の説明資料がある場合は、すでに病人に交付してあります。

如另有麻酔相關說明資料，我並已交付病人。

(3) 私はすでに病人に十分な時間を提供しており、以下の今回の手術に関連する問題を問合せ、また回答しています。

我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻酔問題，並給予答復：

A.

B.

C.

医師署名 醫師簽名：

期日： 年 月 日（日期：年/月/日）

時間： 時 分（時間：時/分）

4. 病人による声明 病人之聲明

- (1) 私はスムーズに手術を行うために、手術で発生する痛みと恐れを取り除くために、同時に麻酔を受けなければならないことを理解しています。

我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻酔，以解除手術所造成之疼痛及恐懼。

- (2) 医師はすでに私に説明し、また私はすでに麻酔を施術する方式とリスクを理解しています。

醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻酔之方式及風險。

- (3) 私はすでに麻酔によって起こりうる副作用と合併症を理解しています。

我已了解麻酔可能發生之副作用及併發症。

- (4) 麻酔を行うことに対し、私は意思にも問題と憂慮を伝えることができ、またすでに説明を受けています。

針對麻酔之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

上述の声明に基づき、私はこの手術及び麻酔を行うことに同意します。

基於上述聲明，我同意進行此手術及麻酔。

契約者氏名 立同意書人姓名：

署名 簽名：

(※受け取ったものが医師の声明が空白の同意書である場合は、先に上記の署名と同意を行わないでください)

(※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

関係：病人の

關係：病人之

(契約者の身分は備考3を参照してください 立同意書人身分請參閱附註三)

身分証統一編號/パスポート番号： _____

身分證統一編號/居留證或護照號碼

住所 住址： _____

電話 電話： _____

期日： 年 月 日 (日期：年/月/日)

時間： 時 分 (時間：時/分)

備考 附註：

1. 手術における一般的なりスク 手術的一般風險

- (1) 手術後、肺臓の一部が落ちくぼみ機能が失われ、胸腔感染の割合が増加する可能性があります。この際には抗生物質、呼吸治療またはその他の必要な治療が必要となる可能性があります。

手術後，肺臓可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。

- (2) 局部麻酔以外の手術では、脚部に血管のつまりが発生する可能性があり、また痛みと腫れを伴う可能性があります。凝結した血の塊が分散して肺臓に進入し、致命的な危険が引き起こされる可能性があります。ただしこの種の状況はあまり見られません。

除局部麻酔以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臓，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。

- (3) 心臓が圧力を受けるため、心臓病の発作が引き起こされる可能性があり、また通風が引き起こされる可能性があります。

因心臓承受壓力，可能造成心臓病發作，也可能造成中風。

- (4) 手術の過程ではなおも予想し難い事故が発生する可能性があり、さらにはこれにより死亡する場合があります。

手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

2. 同意者が病人本人でない場合、「病人との関係欄」に病人との関係を記入しなければなりません。

立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

3. 手術及び麻酔同意書は以下の状況の場合をのぞき、病人が自ら署名しなければなりません：

手術及麻酔同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

- (1) 病人が未成年または同意を示すことができない場合、法定代理人、配偶者、親族または関係者により署名できます。

病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。

- (2) 病人の関係者とは、病人と特別に密接な関係にある人物を指します。例えば伴侶(性別を問わず)、同居人、親友など：或は法令に基づくまたは契約関係に基づき、病人に対し保護義務を負う人物、例えば監護人、保護観察官、学校の教職員、事故を引き起こした運転手、軍、警察、消防人員など。

病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。

- (3) 病人が字を読めない場合は、拇印を署名とすることができます。ただし2名の承認が拇印のとなりに署名しなければなりません。

病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

4. 医療機構は病人が手術及び麻酔の同意書を署名してから3か月以内に手術を実施しなければなりません。期間を過ぎた場合は、新たに同意書に署名しなければならず、手術及び麻酔同意書を署名した後に病状に変化が発生した場合も、同様となります。

醫療機構應於病人簽具手術及麻酔同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術及麻酔同意書後病情發生變化者，亦同。

5. 手術進行時に、提言した手術項目または範囲に変更が発生した場合、病人の意識がはっきりとしている状況のでは、なおも告知し、同意を得なければなりません。病人の意識が不鮮明または意

思表示ができない場合は、病人の法定または指定された代理人、配偶者、親族または関係者が代理で同意しなければなりません。前述の人員がその場にはいない場合は、手術を担当している医師が病人の最大の利益を模索し、専門的な判断に基づき病人のために決定するものとします。ただし病人が明示または推測できる意思に反することはできません。

手術進行時、如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

6. 医療機関が病人のために手術を施術後、再度病人のために同じ手術を行う必要がある場合、なおも新たに同意書に署名しなければなりません。

醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行相同手術之必要者，仍應重新簽具同意書。

7. 手術の過程での麻酔は、手術の施術をスムーズにする補助であるほか、手術時の痛みと恐怖を免れることができ、また生理機能の安定を維持することができます。ただし一部の麻酔を受けた病人からすると、全身麻酔であれ、区域麻酔であれ、局部麻酔であれ、等しく以下の副作用と合併症が発生する可能性があります。

手術過程中之麻酔，除輔助手術順利施行外，亦可免除手術時的疼痛和恐懼，並維護生理功能之穩定，但對於部分接受麻酔之病人而言，不論全身麻酔、區域麻酔或局部麻酔，均有可能發生以下之副作用及併發症：

- (1) すでに患っているまたは潜在的な心臓血管システムの疾病のある病人に対し、手術中または麻酔後は比較的容易に突発性急性心筋梗塞が引き起こされる恐れがあります。

對於已有或潛在性心臓血管系統疾病之病人，於手術中或麻酔後較易引起突發性急性心筋梗塞。

- (2) すでに患っているまたは潜在的な心臓血管システムまたは脳血管システムの疾患がある病人に対し、手術中または麻酔後容易に脳卒中が発生する恐れがあります。

對於已有或潛在性心臓血管系統或腦血管系統疾病之病人，於手術中或麻酔後較易發生腦中風。

- (3) 緊急手術、または食事をしたことを隠しごまかす、または腹腔内圧が高い（腸閉塞、妊娠など）の病人の場合、麻酔を行う時に嘔吐を引き起こし、誤嚥性肺炎が発生する可能性があります。

緊急手術，或隱瞞進食，或腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻酔時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。

- (4) 特異体質の病人に対しては、麻酔は悪性の発熱を引き起こす可能性があります（これは一種の潜在的な遺伝病で、現代の医学では適切に事前に試験し予知できません）

對於特異體質之病人，麻酔可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗可預知）。

- (5) 薬物へのアレルギーまたは輸血により引き起こされる突発性の反応。

由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。

- (6) 区域麻酔には短期的または長期的な神経傷害が引き起こされる可能性があります。

區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。

(7) その他の偶発的な病変。

其他偶發之病變。

8. 医療機関は同意書が完全であることを確認後、1通を医療機関に病歴と一緒に保管し、1部を病人に渡し保管するものとします。

醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。

参考資料出典：衛生福利部公式ウェブサイ

参考資料來源：衛生福利部網站