

患者番号		出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
		課・室	医療連携室
生年月日	年 月 日 歳	性別	男・女
		出力者名	医療連携機関医師

〔説明要旨〕

多くの医療行為は、身体に対する侵襲（ダメージ）を伴います。通常、医療行為による利益が侵襲の不利益を上回りますが、医療は本質的に不確実です。過失がなくとも重大な合併症や事故が起こり得ます。医療行為と無関係の病気や加齢に伴う症状が医療行為の前後に発症することもあります。合併症や偶発症が起これば、もちろん治療には最善を尽くしますが、死に至ることもあり得ます。予想される重要な合併症については説明いたします。しかし、極めて稀なものや予想外のものもあり、すべての可能性を言い尽くすことはできません。こうした危険があることを了承した上で署名してください。

治療・検査等の名称：トレッドミル運動負荷心電図検査

病名：

検査日時（予定）： 年 月 日 時 分

I. 症状とその原因

冠動脈硬化症、狭心症による胸部圧迫感、胸痛、息切れなど

II. 医療行為の目的と内容

安静にしているときではなく、日常労作あるいは運動時に心臓の機能が維持されているか、狭心症発作を起こさないかなどを判断するために行います。この検査を行うことで、隠れている狭心症発作を見つけ出したり、あるいはどのくらいまで心臓に余分な負担をかけずに運動できるか、などを判断することができます。カテーテルや薬物による治療効果の判定にもなります。

III. 方法

ベルトコンベア上の通路の上を機械のペースに合わせて歩いていただきます。徐々に登り坂上になり速度も速くなっていきます。検査中は常に心電図を記録し、血圧も間欠的に測定し、ご自身がどのくらいつらくなったかもお聞きします。ある一定の心拍数まで達したとき、ご自身の足が辛くなったとき、狭心症発作などの症状が出現したとき、あるいは医師の判断で心電図異常が出現したときなどに終了にします。

IV. 医療行為に伴う危険性

病態の把握のために心臓の負荷を強制的にかけられるため、狭心痛が生じ遷延したり、さらに心筋梗塞や不整脈を生じる可能性があり、その際には緊急入院を含む緊急処置が必要になることがあります。また、ご自身の足が追い付かなくなったときには緊急停止ができますが、それでも転倒、それによる骨折などの整形外科的合併症が生じる場合もあります。

V. 医療行為を行わない場合の予後等

診断や治療効果の判定が遅れば、症状の悪化や致死性の合併症が起こる可能性があります。

VI. 代替可能な医療行為の内容・効果・危険性及び予後

冠動脈CTや核医学検査、心臓カテーテル検査があります。

上記検査の中から、症状や運動能力や併存疾患により適切な検査を選択します。

VII. 本医療行為を拒否した場合

可能な範囲で最善の医療に努めます。

VIII. 同意撤回

医療行為について同意した後でも同意を撤回することができます。ただし、医療行為が開始された後等、同意撤回が医学的にできない場合がありますので、詳細については、説明者（担当医師等）にご相談ください。

なお、同意が撤回された後でも準備等で発生した費用については、医療費に含まれる場合がありますので、ご承知おきください。

患者番号	1 枚目参照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

IX. その他

- ・ 感染症予防のため、検査や手術等の実施にあたっては、事前に感染症についての検査を実施させていただいております。
- ・ 医療行為に伴う合併症が生じた場合、入院治療を含めて適切な対応を行います。合併症に対する治療の医療費は患者さまのご負担となりますことをご了承ください。
- ・ 医療安全の確保を中心として写真や動画を撮影する場合がありますので、ご了承ください。また、これらは学会や研究会等において使用する場合がありますが、すべての個人情報とは特定できないように処理されます。

X. 質疑応答

以上、私は、患者 _____ 様 の上記医療について説明致しました。

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

医師：

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

日付：（西暦） 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記の説明を受け、質問する機会を得て、内容を理解しました。

私は、医療行為を受けることまた、上記の医療行為を行う上で必要な処置及び、上記の医療行為において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることに

同意します 同意しません

本人署名 _____ (※患者本人のみが署名可能)

〈代理人記入欄〉

代理人署名 _____ 続柄 _____

代理人現住所 _____

代理人電話番号 _____

〈医療者記入欄〉代諾・代筆理由

- 患者が意思を表明できないため 患者が正常な判断能力を欠くため
 患者が未成年のため 患者に同意を求めることが不相当と医学的に判断されるため
 その他 ※理由は必ず記載

理由： _____

(以下余白)