

くらみつ内科クリニックで診療を受けられる方へ

当クリニックでは、患者さんが信頼して診療を受けられるように全ての病状や治療法を正確に説明するよう心がけています。一方、病気のいかににかかわらず患者さんには「知る権利」があると同時に「知りたくない権利」があります。当クリニックの診療に際し、患者さんの意見が十分尊重されるように、癌の告知を含めた全ての病気の説明に対する本人の意思確認を初診時に行っております。

当クリニックでは、本用紙の記載内容を元に病状説明をさせていただきます。診療の経過中に意思が変わった場合には、いつでも変更可能です。用紙を再記載させていただきますのでクリニックのスタッフに声をかけてください。

病気説明は当クリニックの個人情報保護指針に沿って行ないます。

くらみつ内科クリニック 院長 倉光智之

病気説明に対する意思確認

該当項目を○で囲んでください。

1. 病気の告知について

- 1) 進行の程度にかかわらず、病名・予後も含めすべてを正確に知りたい。
- 2) とりあえず病名のみ正確に知りたい。
- 3) 予後はもちろん、病名も正確に知りたくない。

※ 3)を選んだ場合には家族(代理人)に病状を説明する必要がありますので、2の1)の家族(代理人)欄を必ず記載してください。

4) その他()

2. ご家族(代理人)が病状説明を希望された場合、ご本人の承諾が必要です。あなたは病状をご家族(代理人)に説明することに同意しますか。

1) はい

家族(代理人) _____ に説明してほしい。

2) いいえ

a) 家族(代理人)が病状説明を希望した時はわたし(ご本人)に確認してほしい。

b) 家族(代理人)が病状説明を希望しても説明しないでほしい。

3) その他()

記載年月日 平成____年____月____日 御名前 _____