（医療機関提出用）

同　意　書

この同意書は、患者様に説明された重要な医学的情報を文書として確認するために作成されています。患者様が、十分な情報が提供された後に、提案された手術・手技・検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。この同意書は、一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。

1. 状態または診断名　アミロイドβ蛋白の蓄積によるアルツハイマー病の可能性の検討

2. 医療行為名　アミロイドPET検査

3. 提案された手術・手技の危険性と利点

A.
私は、提案された医療行為に利点があっても、医療行為には危険を伴うことを理解しました。
これらの危険には、アレルギー反応、出血、血栓、神経損傷、感染症、薬剤の副作用、失明、さらには身体機能障害や生命の危険が含まれています。

B.
私は、提案された医療行為に関する危険性と、それ以外の危険性があることを理解しました。

4. 合併症、不測の状況、結果

私は医療行為には、予期しないリスクや合併症が発生する可能性があることを承知します。また、私は提案された医療行為の施行中に、不測の状況が起きた場合には、緊急の手術・手技を行う必要が生じる可能性があることを理解し、そのような緊急の場合、私はそのような手術や手技が実行されることを了解します。さらに、私は、そのような緊急の手術や手技の結果には、いかなる保証もされていないことを認めます。

5. 承認：ほかに取り得る方法　（認知機能、形態画像〈CTまたはMRI〉、脳機能画像、血液、髄液検査等による複合的診断）

提案された医療行為手順の想定される利点と危険、成功の可能性、他に取り得る方法、治療しなかった場合に予想される結果の説明を受けました。私は、この同意書の内容と、説明された内容を理解し、質問する機会を与えられ、納得し、手術・手技・検査を受けることを承認します。

6. 手術・手技と治療への同意

検査説明書および同意書を読み医師と相談したうえで、以下のことを認め署名します。
私は自らの意志で上記の医療行為の施行を、担当する病院職員、その他の訓練を受けた職員に許可します。

上記の内容について説明いたしました。

（医師記入欄）　説明した日　　年　　月　　日

主治医師名　　印　または　サイン

院内担当医師名（自署）

このたび上記の医療行為を受けるにあたり、主治医師から医療行為の必要性とその方法、起こり得る合併症と危険性について十分な説明を受け理解しましたので、上記の医療行為を受けることを同意します。
なお、実施中に緊急の対応を行う必要が生じた場合には、適宜その対応を受けることについても了承します。

（患者様記入欄）　同意した日　　年　　月　　日

患者様氏名

保護者または代諾者氏名　　続柄

ご住所
（患者様と異なる場合、ご記入ください）

患者様氏名欄は、患者様ご本人でご記入をお願いいたします。ただし、未成年者または本人が署名できないときは、保護者または代諾者の方がご記入をお願いいたします。

（2025.04.01）