

## 自己注射同意書

私が自己注射を行うことにおいて、その方法、注意事項、副作用、合併症などにつき十分な説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会を与えられ、納得しましたので自己責任の下で注射を実施することを同意します。また、医療施設に使用済医療廃棄物一式の廃棄依頼をし、処分することにも同意します。そして、治療開始前であればいつでも自由に同意を撤回することができることの説明を受け、理解しました。

自己注射説明書とともに下記事項を確認のうえ、了承いただければ、左端の□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) 注射薬の指定された保管方法について
- 2) 処方当日に院内にてスケジュール表と注射薬、注射針、注射器の数を確認することについて
- 3) 注射後、体調不良がみられる場合の連絡方法について
- 4) 院外での破損・紛失、自宅での針刺し事故、外傷の自己責任について
- 5) 薬剤の返却はできないこと
- 6) 使用済み医療用廃棄物について
- 7) 自己注射の実施は、医師の指示および看護師の説明を受けた患者本人に限ること
- 8) 医師の指示、および看護師の説明を受けて頂けない場合、自己注射の実施をお断りする場合や治療が不成功に終わる可能性があること
- 9) 個人情報の取り扱いについて
- 10) 自己注射における副作用について

施設責任者

医療法人社団 愛慈会 理事長 松本 玲央奈

松本 和紀

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者【 \_\_\_\_\_ 】

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

本人氏名(自署)： \_\_\_\_\_

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

配偶者氏名(自署)： \_\_\_\_\_ (本人との続柄： \_\_\_\_\_)

※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管してください。