様式第８号

患者説明文書

（医薬品適応外使用）

使用薬品名：

1．使用目的

2．投与方法

3．期待される効果 （有効性）

4．予想される副作用 （安全性）

5．あなたの疾患に対する他の治療法について

6．副作用が生じた場合の対応について

7. 薬代等の負担について

8. 今回の治療法への参加の自由について

9. 学会、論文報告等へのデータ使用の可能性と使用に際しての個人情報の保護について

10. 質問・連絡先

担当医師 診療科名：

 　　　　職 名：

 　　　　氏 名：

 　　　　連絡先：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（病院保管・患者保管）

同 意 書

（医薬品適応外使用）

佐賀県医療センター好生館　館長　殿

使用薬品名

このたび上記薬品を用いた治療を受けるにあたり、担当医師から適応外使用にかかる十分な説明を受け、その内容を理解しましたので、本治療を受けることに同意いたします。

なお、今回の治療を受けることは、あくまでも自分の意思に基づくものであり、いつでも私の意思によって中止できること、中止後も必要かつ可能な治療行為が行われ、病院及び担当医師から何ら不利益を受けることがないことを担当医師に確認したため、本治療について同意し署名いたします。

同意年月日 　　　　 年　　 月　　 日

 本 人 氏名（署名）　　　　　　　　　　 印

代諾者 氏名（署名）　　　　　　　　　　 印

続柄 （　　　　　　　　　　　 ）

説明年月日 　　　 　年　　 月　　 日

説明者

所属

医師名（署名）　　　　　　　　　　 印

同席者（署名）　　　　　　　　　　 印

\*本様式を2部印刷し署名捺印後、病院保管・患者保管の各1部に○をつけそれぞれ保管する。