

患者名 _____ ID番号 (_____)

<説明内容>

アクシデント報告等の個別公表及び一括公表時の概要公表に関する説明

病院長

- ① 当院では、医療事故等が発生した場合、地域住民に適切な情報提供を行うことにより、社会的責任を果たすとともに病院運営の透明性を高め、地域住民の信頼の確保及び医療の安全管理体制の向上を目的として、適切な情報を公表する行うこととしております。その中で、当院に過失があり患者が死亡されたり、障害が一生続いたりする場合等には、個別公表及び年1回の一括公表時の概要公表で、事故発生場所、事故発生日(年月日)、患者の年代、患者の性別、事故発生状況、今後の対策を公表することとしております。
- ② ただし、個人情報保護の観点から、患者及びご家族の意思を第一に尊重しております。患者及びご家族は個別公表を拒否される権利を持たれています。患者の年代、性別等の公表について、不都合のある場合は同意書の項目に×を付してください。
- ③ なお、ご同意の無い場合でも、個人情報を排除したうえで、医療事故再発防止の観点から少なくとも「事故発生場所・事故発生時期(年月)・事故の概要」を公表することをご了解願います。

○ 私は医療事故の公表の必要性及び公表内容について、「公表基準」に則って説明し、患者・ご家族の意見を聞きました。また、患者・ご家族がこの同意書に署名した後から公表日までの間に拒否を申し出ても、不利益を受けることは一切ないことも説明しました。

説明日：西暦 年 月 日

説明者氏名： _____ (所属)

公立世羅中央病院

アクシデント報告等の個別公表及び一括公表時の概要公表に関する説明同意書

公立世羅中央病院 病院長殿

私は医療事故の公表の必要性および公表内容について、医師等から説明を受け、その主旨を理解したうえで、その実施に

同意します。 / 同意しません。

説明日 西暦 年 月 日

説明者氏名 (所属)

医療者側の同席者

意思表示日 西暦 年 月 日

患者氏名(署名)

意思表示日 西暦 年 月 日

患者側の同席者(署名) (続柄)

*公表に同意された場合で、万一、公表を拒否される項目があるときは、その項目に×を記入してください。

事故発生日 (年月日) 患者の年代 患者の性別 事故発生状況

但し、患者本人が署名された場合には、ご家族氏名欄の記入は不要です。患者本人の病状悪化等により、本人の意思表示を得ることが困難な場合は、ご家族の署名が必要です。

公立世羅中央病院