

オンライン診療の実施にかかる診療計画書および同意書

令和07年10月17日(金)
岩国市立錦中央医院

オンライン診療の実施にかかる基本的な考え方

- ・原則として、定期通院をされている方（いわゆるかかりつけ患者さん）に行う診療です。
- ・オンライン診療は、触診等を行うことができない等の理由により、得られる情報が限られています。そのため医師がその実施の可否を慎重に判断し、オンライン診療が適切でない場合には、速やかにオンライン診療を中断し、対面による診療に切り替える必要があります。
- ・オンライン診療を受ける方は、その利点および生じる恐れのある不利益等について理解した上で、その実施を求める場合に実施されるものです。

上記項目に加え、以下の診療計画書をよくご確認いただき、
オンライン診療の実施に同意をいただける方は、署名欄にご署名をお願いします。

診療計画

オンライン診療で行う 診療内容	疾病名 : 【カルテより病名取得が可能】 治療内容 : 【定型文の選択が可能】
オンライン診療と直接 の対面診療、検査の組 み合わせに関する事項	診療内容により利用の可否を決定しますが、基本的には定期的に対面診療を行っている方に対して、オンライン診療を実施可能です。症状により判断しますが、概ね 1～12ヶ月毎に対面診療及び定期検査（血液検査、レントゲン、心電図等、またはその代用）を受けて頂く必要があります。ただしオンライン診療において、医療従事者が対面診療を必要と判断した場合には対面診療を受けて頂きます。 下記の状況に対して、オンライン診療を行うことがあります。 ・医師不在時に、通常診療の代替えとしてオンライン診療を行う場合 ・常勤医師の病休等、常勤医師による診察が不可能な状況下に、オンライン診療による代診を行う場合 ・定期訪問診療、外来診療を補完する目的で、予想される範囲内外の状態に対して、患者宅等を看護師が訪問してオンライン診療を行う場合 その他、診療に必要な患者情報等が把握可能な場合、診察前相談によりオンライン診療が提供可能と判断した場合に、初診からのオンライン診療が可能です。
診療時間に関する事項	事前予約及び当院との相談が必要になります。
オンライン診療の方 法・使用器具	患者側：パソコン、タブレット等 医師側：パソコン、タブレット等 利用するオンライン診療システム：Zoom等
オンライン診療を行わ ないと判断する条件	・患者の心身の状態について、十分な情報が得られないと医師が判断した場合 ・体調に変化が現れ、対面診療の必要性が認められた場合 ・情報通信環境の障害等によりオンライン診療を行うことができない場合 上記条件に該当した場合は、医師が説明する方針に基づき対面診療に切り替えて頂きます。

患者ID: 9999900071

患者氏名: 練習 放射線1

患者による情報伝達の協力	オンライン診療の実施に際し、患者は診療に対し積極的に協力し、自身の心身に関する情報を医師に伝達する必要があります。
急病急変時の対応方針	当院で対応できない場合には、二次・三次救急病院（岩国市立美和病院、国立病院機構岩国医療センター等）に紹介します。
オンライン診療を実施する予定の医師	岩国市立錦中央医院：中村浩士 山口県立総合医療センターへき地支援部：岡本尚樹
情報漏洩等のリスクを踏まえて、セキュリティリスクに関する責任分界点等の明示	想定されるセキュリティリスク 医療機関・オンライン診療システム提供事業者に対するサイバー攻撃等による患者の個人情報の漏洩・改ざん等 医療機関に課せる事項 オンライン診療の適切な実施に関する指針に定める情報セキュリティに関するルールを厳守したシステムを構築し、常にその情報を保ちます。 医師に課される事項 セキュリティリスクを十分に勘案した上でオンライン診療を選択します。 なお、患者の行為により、セキュリティ事案や損害等が生じた場合、発生した直接的間接的、その他すべての損害について、医師は責任を負いません。
オンライン診療の映像や音声等の保存の要否	☐ 不要 ☐ 必要 保存理由： 保存端末： 保存する場合、情報セキュリティには十分な配慮と対策を講じる。

また、オンライン診療に伴うセキュリティおよびプライバシーのリスクに関連して、患者様には以下の注意事項を守っていただくようお願いいたします。

- ・患者は医師側の了解なくビデオ通信を録画、録音、撮影してはならない
- ・患者は医師のアカウント等情報を診察に関わりのない第三者に提供してはならない
- ・患者は医師との通信中は、医師との同意がない限り第三者を参加させない
- ・患者は原則、医師側が求めない限り、あるいは指示に反して、チャット機能の利用やファイルの送信などは行わない。特に外部URLへの誘導を含むチャットはセキュリティリスクが高いため行わない。
- ・対面診療の例外として初診でオンライン診療を用いる場合、患者は、顔写真付きの身分証明書で本人証明を行う。顔写真付きの身分証明書を有さない場合は、二種類以上の身分証明書を用いて本人証明を行う。

私は、上記の「オンライン診療の実施にかかわる診療計画書」に関する説明を受け、内容を理解し、納得しましたので、診療計画書と注意事項に従い、オンライン診療を受診することに同意します。

同意日：令和 年 月 日

本人署名

代筆者署名

(続柄)

ワルファリンや抗血小板薬の中断についての同意書

説明内容

- 現在、あなたは血栓症（脳梗塞・心筋梗塞・狭心症など）を予防するために、ワルファリンあるいは抗血小板薬を内服されています。
- これらの内服薬は血を固まりにくくする作用をもっており、一度出血すると止まりにくい状態となります。
- 出血を伴うことが予想される手術、処置、検査（組織生検など）を受ける場合、内服を継続したまま行くと合併症として大量出血をきたす危険性があります。
- そこで、内服中であるワルファリンあるいは抗血小板薬を中止する必要があります。
- しかし、出血をとまなう処置のためにワルファリンを一時的に中断した場合、これまでの報告では0.4%～1%の頻度で重度の脳梗塞が発症したと報告されています。また、その他の血栓症や梗塞症が発生する可能性があります。
- ワルファリンや抗血小板薬中止による血栓性疾患発症のリスクを低減させる方法としては、飲水、点滴などで水分を補うなどがあります。
- ワルファリンや抗血小板薬を一時的に中止することの危険性と、逆に継続したまま手術、処置、検査を受けることの危険性を十分にご理解いただきたいと思います。

同意

今回、予定されている診療行為 _____ にあたり、現在内服中のワルファリンあるいは抗血小板薬を一時的に中止することについて、十分な説明を受け理解しましたのでワルファリンあるいは抗血小板薬を中止したうえでの実施を希望します。

岩国市立錦中央医院

説明者署名

年 月 日

患者署名

保護義務者署名

(続柄)

住 所

血漿分画製剤の輸注同意書

令和07年10月17日(金)

担当医師	
血漿分画製剤輸注の 必要性および起こり得る 副作用など	() に対して 血漿分画製剤の輸注が必要な状態です。使用する血漿分画製剤は極めて稀に副作用等の発生(※)が見られることがあり、必ずしも100%の安全性は保障できませんが現時点での最善の安全対策が講じられております。治療の為にどうしても必要ですので、御理解の上、投与に同意いただきますようお願いいたします。 ※ ☐ 感染 ☐ ショック ☐ 血圧低下 ☐ 肝障害 ☐ 急性腎不全 ☐ 頭痛 ☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 悪心・嘔吐 ☐ 注射部位疼痛・腫脹・硬結 ☐
血漿分画製剤および予定さ れる輸注量など	製剤と輸注量 ☐ アルブミン ☐ テタノブリン ☐ ヴェノグロブリン ☐ ヘプスブリン ☐ 予定使用量： 本
その他	その他何か分からない点、また、宗教上の理由で輸注を受けることができないなど、何でも主治医にご相談ください。

私は、現在の疾患の治療に関して、上記説明を受け、十分に理解しました。したがって、特定生物由来製剤の治療を受けることに同意します。

年 月 日

本人署名 印

家族等署名 印

私は、現在の疾患の治療に関して、上記説明を受け、十分に理解しました。しかし特定生物由来製剤の治療を受けることに對して、自らの判断および意志により同意しません。

年 月 日

本人署名 印

家族等署名 印

注1、患者様が年少者または意識障害などでご本人が署名できないときは、ご家族の方が署名し、患者名も記入してください。

注2、患者様、ご家族の方々はこの承諾後に中止の申し出を行うことができます。

注3、血漿分画製剤の輸注を拒否しても、患者様が不当な不利益を被ることはありません。

注4、緊急時などに事後承諾となることもあります。

中心静脈カテーテル留置に関する説明と同意書

説明者

1. 中心静脈カテーテル留置の目的は、一般に次のとおりです。
 - 1) 長期にわたり、食事が食べられない場合
 - 2) 化学療法など抗がん剤を確実に血管内に投与する場合
 - 3) 末梢の血管が見えないか、穿刺（血管に針を刺すこと）に困難な場合
2. 上記のような患者様に日常的に行われている診療技術ですが、下記のような合併症を引き起こす可能性があります。

(ア) 気胸

肺を覆っている胸膜を穿刺することによって、空気が漏れ出てそのために肺が縮みます。症状として、呼吸困難や胸痛が認められます。

治療法として胸腔内に管を入れて、たまった空気を外に出す必要があります。発生頻度は2-3%と報告されています。

(イ) 血管穿刺

動脈を穿刺しますと、静脈に比べて血管外に大量の血液が漏れ出てくる場合があります。通常は問題なく止血しますが下記のような場合には出血が止まりにくいことも考えられます。

1. 心房細動、脳梗塞、心筋梗塞、弁膜症などで人工弁手術を受けた患者で抗凝固薬（血を固まりにくくする薬）が処方されている場合。
2. 先天的に血が止まりにくい患者（血友病など）。
3. 血小板その他の凝固因子（血液内にある止血に必要な因子）が少ない場合。

(ウ) 感染症

中心静脈カテーテルの穿刺は清潔に行いますが、体の外と中で管がつながるため、細菌の侵入が起こって敗血症になる可能性があります。その際はカテーテルを抜去し、抗生物質などで治療します。

私は、患者 練習 放射線 1 の中心静脈カテーテル留置の説明を受けて、その危険性について理解しました。中心静脈カテーテル留置の実施に同意します。

年 月 日

患者氏名

親族または
代理人住所

親族または
代理人氏名

(続柄)

内視鏡的胃瘻造設術の説明と同意

病名 : () に伴う経口摂取困難

手術 : 内視鏡的胃瘻造設術

麻酔 : 静脈麻酔+局所麻酔

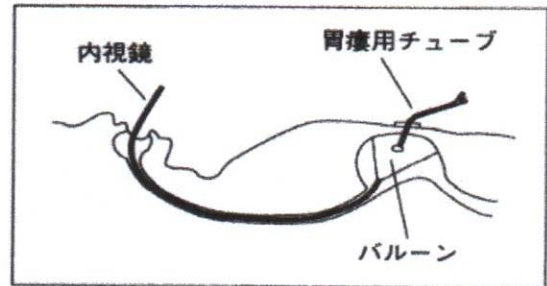
胃瘻造設のメリット

食事を口から摂取することができなくなった場合、下記のいずれかの方法での栄養補給が必要となります。

- 点滴栄養 : 容易に栄養の投与が行えますが点滴栄養のみを長期間行うと必ず栄養障害を起こします。
- 経鼻胃管栄養 : 患者様に痛みや違和感などの強いストレスを与え続けます。また誤嚥性肺炎を生じ易い、摂食リハビリができないなどのデメリットが多く長期間の使用には適しません。
- 胃瘻 : 手術時のリスクはありますが、造設後は患者様にストレスを与えず比較的安全に長期間の栄養を補給することが可能になります。

手術内容

- ① 静脈麻酔により睡眠状態とし内視鏡を挿入します。
この際、患者様の苦痛は全くありません。
- ② 安全に胃瘻を造設できる場所を探し、体表側の皮膚に局所麻酔を行います。
- ③ 腹壁から胃内に通じる小さな穴を開けます。
- ④ チューブを挿入しバルーンを膨らませ固定します。
・手術時間は内視鏡挿入後。5～10分です。
・安全に胃瘻を造設できる場所が見つからない場合、手術を中断することがあります。



造設術における副作用・合併症

麻酔薬によるアナフィラキシーショック

出血

感染（チューブ挿入部からの排膿）

穿孔（腹膜炎）

→ 心肺蘇生、昇圧薬投与

→ 輸血

→ 抗生剤投与

→ 緊急手術

等の対応が必要となることがあります。

胃瘻造設術を必要とする患者様は高齢や多臓器の慢性疾患等により全身状態が不良であることが多く、合併症を発症する危険性は高くなります。予期できない合併症（心不全、呼吸不全、脳血管障害等）が生じた場合には最善を尽くし治療に当たらせていただきます。

令和07年10月17日(金)

医師

私は上記の内容の説明を受け十分理解し、それを了承いたしました。よって内視鏡的胃瘻造設術に同意し、関連する治療行為を一任してその実施を依頼いたします。

年 月 日

患者氏名（または保護者）

保証人氏名

岩国市立錦中央医院

訪問診療同意書

岩国市立錦中央医院長 様

訪問診療並びに在宅医療計画書の内容について説明を受け、岩国市立錦中央医院において在宅での訪問診療を受けることに同意いたします。

また、医療・介護上必要と思われるときには、連携医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業者等に私の情報を提供することも併せて同意いたします。

令和 年 月 日

患者署名: _____ 印

代理人署名: _____ 印

(患者との続柄: _____)

※ 患者ご本人がサインできない場合は、代理人の方が代理人欄にご署名ください。

山口県岩国市錦町広瀬1072番地1

岩国市立錦中央医院

電話 : 0827-72-2321

FAX : 0827-72-3361

輸血療法同意書

主治医氏名

- この同意書は緊急時を除き、患者さま本人またはご家族の方に対して輸血療法を行う前に作成しています。
- この同意書は輸血療法の利点と欠点を、主治医と患者さまの両者が確認するために作成しています。
- この同意書の有効期間は、輸血療法によって症状が改善し、輸血療法の必要性が消失するまでとします。
- 患者さまは、いかなる時でも輸血療法を拒否できる権利があります。

様の輸血療法について説明いたします。

1. 血液製剤および予定輸血量は次のとおりです。

- ☐ 赤血球製剤・・・赤血球不足による諸症状の改善 [1 単位 200ml 由来を 単位]
- ☐ 新鮮凍結血漿・・・血液凝固因子不足による諸症状の改善 [1 単位 200ml 由来を 単位]
- ☐ 血小板製剤・・・血小板不足による諸症状の改善 [5 単位 は約 100ml 単位]

2. 輸血後に認められる副作用です。

- ときどき認められる副作用・・・発熱・悪心(5%)、蕁麻疹(0.2%)などのアレルギー反応
- まれに認められる副作用・・・輸血後肝炎(0.1%以下)
- きわめて稀な副作用・・・ショック症状(0.01%)
※過去には梅毒、細菌、マラリア、肝炎、エイズなどが輸血によって感染した歴史がありました。現在では鋭敏な検査を行うことで、輸血の安全性は非常に高まりました。しかし検査方法のないウイルスや未知のウイルスもあり、完全に安全であるとはいえません。
- 輸血後GVHD・・・輸血によって入った供血者の白血球が住み着いて増殖し、患者の体を攻撃する病気です。→血液製剤に放射線照射を行い予防しています。

3. 輸血前に実施する検査

- ☐ ABO/Rh式血液型 ☐ 交差適合試験 ☐ C型肝炎検査
- ☐ B型肝炎検査 ☐ 梅毒検査
- ☐ その他 ()

私は主治医より輸血療法の必要性や副作用等の説明を受け、じゅうぶんに理解しました。したがって、輸血療法の実施および関連した医師が必要と認める処置を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名

家族等署名

(本人が未成年または意思を表明できない場合)

私は主治医より輸血療法の必要性や副作用等の説明を受け、じゅうぶんに理解しました。しかし、輸血療法による治療に対しては自らの判断および意思により同意しません。

年 月 日

患者氏名

家族等署名

(本人が未成年または意思を表明できない場合)