

治療に伴う医療機器・医療材料業者立会いに関する

説明書・同意書

患者 ID : _____ 患者氏名 _____ 様

治療を安全に行うためには、医療機器・医療材料のより安全でより適正な使用、および操作を図る必要があります。

下記の状況において、必要性が生じた場合、医療機器メーカーおよび業者が現場に立会いを行うことをご許可くださいますようお願いいたします。

業者は当該治療が終了次第、速やかに現場から退出いたします。

また、立会い業者がこの目的以外で、個人情報を使用することはありません。

【必要とする状況】 該当する項目に○をつける、あるいは空欄に理由を記載する。

- ・ 検査
- ・ 処置
- ・ 手術
- ・ その他 (_____)

期間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

以上のとおり説明いたしました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医師 : _____

私は、医療機器・医療材料業者立会いについて上記説明を受け、理解をしました。
治療に際し、業者が立ち会いを行うことに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 署名または捺印 _____

代理人 _____ 署名または捺印 _____

患者との続柄 _____

神戸大学医学部附属病院

病院長殿