

感染症検査承諾書

当院では、患者の皆様のご健康状態をできるだけ正確に知り、治療や検査をお互いの信頼と安全の上に実施したいと考えております。そのために、手術、処置、検査（内視鏡検査、血管造影検査など）の前や妊娠時に、皆様へ感染症の検査をうけていただいております。

症状もないのにと疑問に思われるかもしれませんが、知らないうちに何かの感染症にかかっていることがあります。また、普段は活動していなくても、手術による体力低下や薬の影響がきっかけとなり深刻な病気を起こす細菌やウイルスがあります。これらを前もって知ることは、あなたの治療方針を決めるうえで非常に大切です。また、それは医療従事者への感染を防ぐのにも役立ちます。

通常、検査する項目は、細菌、肝炎ウイルス、エイズウイルス（HIV）、梅毒トレポネマ、ヒトT細胞白血病ウイルスなどですが、医療上の必要に応じて項目の一部を省略したり他の項目を追加する場合があります。

検査結果につきましては、プライバシーの保護を厳守いたします。ご同意いただけない場合、感染症がある場合を想定して対応させていただきます。

この趣旨をご理解いただき、下記に同意の有無とご署名をお願いいたします。

説明医師氏名 _____ ㊞ （直筆の場合は印不要）

下の□のどちらか当てはまる方にチェック（✓）を付けてください。

- 私は感染症検査の必要性を理解し、検査を受けることに同意します。
- 私は感染症検査に同意しません。

署名年月日 平成 年 月 日

本人 署名 _____ ㊞ （直筆の場合は印不要）

代諾者 署名 _____ ㊞ （直筆の場合は印不要）

本人との関係 （ _____ ）