

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Anesthesiology CONSENT TO REGIONAL ANESTHESIA (Japanese) 局所麻酔に関する同意書	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

Dr./RN _____ ID # _____ has explained to me the possible options for pain management in connection with my admission which is presently planned as a vaginal delivery. I have requested regional anesthesia to manage my pain. My procedure will be performed/supervised by _____ ID # _____ I understand that unforeseen circumstances and/or the length of my labor may require changing which individual practitioners are actually involved in conducting my regional anesthesia.

医師/ 看護師 _____ ID 番号 _____ は、私の入院中に現在計画されている経膈分娩の疼痛管理で選択可能な方法の説明を行いました。私は、疼痛管理の方法として局所麻酔を希望しました。私の処置は、_____ ID 番号 _____ によって監修/施行されます。私は、不測の事態および/または分娩時間の長さによって実際に局所麻酔を行う医師が予定していた担当の医師とは異なる場合があることを理解しています。

1. I understand and authorize the staff of the University of Michigan and such physicians, nurse anesthetists, or students as may be assigned to administer regional anesthesia to me. I understand that the Hospital is a teaching institution and as such, medical services rendered may be performed by individuals in training assigned by, and under the supervision of, the teaching medical staff.

私は、ミシガン大学のスタッフ、医師、看護麻酔師、または学生が私の局所麻酔の投与を担当することを理解し許可します。私はミシガン大学病院が教育機関であることを理解し、訓練の一環として医療教育スタッフの監視下で研修中の者が医療行為を行う場合があることを理解しています。

2. Dr./RN _____ ID # _____ has explained all the regional anesthesia options available to me and I understand the procedures outlined below. I understand and authorize the performance of regional anesthesia to manage my pain. I understand that the pain medication will affect the lower part of my body. The planned regional anesthesia may be either an epidural, spinal, or a combination of both.

私は医師/看護師 _____ ID 番号 _____ より使用可能なすべての局所麻酔の選択肢について説明を受け、下記に記載された処置について理解しています。私は、疼痛管理として局所麻酔を使用することを理解し許可します。鎮痛薬が私の下半身に影響を与えることを理解しています。計画されている局所麻酔は、硬膜外、脊髄、または両方の組み合わせの可能性があります。

Details of the proposed plan are:

提案された計画の詳細は以下のとおりです。

Epidural: A small catheter will be placed in my back in the epidural space through a needle. The needle will be removed. Pain medication will be given to me through the catheter.

硬膜外: 針を使って私の背中にある硬膜外腔に小さなカテーテルを挿入します。その後針は、取り外されます。鎮痛薬は、カテーテルを通して投与されます。

Spinal: A spinal needle will be placed between two vertebrae into the subarachnoid space in my lower back. Pain medication will be injected through the needle and the needle removed.

脊髄: 脊髄針を私の腰部にある2つの椎間の間からクモ膜下腔に取り付けます。鎮痛薬は針を通して注射され、注射後は針を抜きます。

3. I understand that the major risks of regional anesthesia include: Hypotension (low blood pressure), back bruise, dural puncture (a tiny hole in the membrane surrounding the spinal space), dural puncture headache (spinal headache), partial or failed block (minimal pain relief), intravascular injection, and paresthesia (numbness and tingling). I understand that in the administration of any regional anesthetic, there are always risks such as infection, cardiac arrest, unsatisfactory results, nerve damage, aspiration, severe allergic reaction, and even death, as well as risks that cannot be predicted.

私は、局所麻酔の主なリスクとして次の症状が含まれることを理解しています。低血圧、背中の痣、硬膜穿刺（脊髄腔の周りの膜に小さな穴があくこと）、硬膜穿刺頭痛（脊髄頭痛）、麻酔の効き方が部分的であるまたは麻酔の失敗（最小限の疼痛軽減）、血管内注射、および感覚異常（しびれとうずき）。局所麻酔薬の投与は、感染症、心停止、不満足な結果、神経損傷、誤嚥、重度のアレルギ反応、さらには死など予測できないリスクを伴うことを理解しています。

31-10187	VER: A/14 HIM: 07/14	Original - Medical Record Copy - Patient		CONSENT TO REGIONAL ANESTHESIA (Japanese)
----------	-------------------------	---	---	---

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Anesthesiology CONSENT TO REGIONAL ANESTHESIA (Japanese) 局所麻酔に関する同意書	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
---	-------------------------------------

4. I understand that there are the following alternatives: No medication (natural childbirth) or IV narcotics alone. I want to include regional anesthesia as a choice during my labor. Again, I understand that as the case progresses, it may be necessary to change anesthetic agents or approach.
私は、他にも次のような選択肢があることを理解しています：薬物を使用しない（自然分娩）または麻薬性鎮痛薬の点滴のみ使用する。私は、分娩中の疼痛管理の選択肢として局所麻酔を望みます。私は、分娩が進むにつれて、麻酔薬や投与の方法を変更する必要があることを理解しています。
5. I understand that I should not drive a motor vehicle, operate machinery, drink alcohol, or take unprescribed drugs for at least 24 hours following regional anesthesia.
私は、局所麻酔の後少なくとも24時間の間、自動車の運転、機械の操作、飲酒、または医師から処方されていない薬の服用をしてはいけないことを理解しています。
6. I understand that the practice of regional anesthesia is not an exact science. I have been informed of the probability of success and no guarantees or promises have been or can be made to me concerning the results or the procedures to be performed.
私は、局所麻酔の実施は正確な科学ではないことを理解しています。私は成功率に関する説明を受け、処置の実施や結果に関し保証や確約のないことを理解しています。
7. I have had the opportunity to discuss this procedure with the anesthesiology staff, have given a complete and accurate history to them, and hereby consent to the use of regional anesthesia. I have had my questions answered and believe I have adequate information to give this informed consent concerning regional anesthesia.
私は、麻酔科スタッフとこの処置に関し話し合いをする機会を持ち、完全かつ正確な既応歴をお伝えしました。ここに局所麻酔の使用に同意します。私は、私の質問に対する回答を得、局所麻酔に同意するための十分な情報を得ました。

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE INFORMATION ON THIS FORM BEFORE I SIGNED IT

署名をする前にこの用紙に目を通し、内容を理解しました。

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)

患者または（患者が未成年か署名ができない場合は）法的後見人の署名

Date (mm/dd/yyyy)

日付（月/日/西暦年）

Printed Name of Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)

患者または（患者が未成年か署名ができない場合は）法的後見人の名前を活字体で記入

Relationship: Spouse Parent Next-of-Kin Legal Guardian DPOA for Healthcare

関係： 配偶者 親 近親者 法的後見人 医療判断代理人

説明をし証人となる人物
Explained and witnessed by

Date: _____
日付 (mm/dd/yyyy)
(月/日/西暦年)

Time: _____ A.M. / P.M.
時刻 午前 / 午後

31-10187	VER: A/14 HIM: 07/14	Original - Medical Record Copy - Patient		CONSENT TO REGIONAL ANESTHESIA (Japanese)
----------	-------------------------	---	---	---

NOTE: Image ALL PAGES or send ALL PAGES to Health Information Management – including pages without a signature section