無痛分娩の同意書

私は陣痛による痛みの軽減のために無痛分娩を希望します。以下のことの説明を受け、理解しました。無痛分娩に同意します。

* 1. 強い痛みにより母体が疲労し分娩が進行しない場合、麻酔で痛みを取り除くことで分娩を進行させることを目的とします。
	2. 無痛分娩は全く痛みがないという意味ではなく、痛みを緩和するということです。麻酔の効果には個人差があります。
	3. 麻酔は硬膜外麻酔を用います。
	4. 局所麻酔ののち、腰椎間（背骨と背骨の間）から硬膜外といわれるところに細いチューブを留置します。そのチューブから麻酔薬を持続的に注入します。血圧が下がりやすいため、点滴を開始します。
	5. 麻酔の手技にて、まれにクモ膜という膜を破る危険性があり、その場合は麻酔の中止としばらくの安静、補液が必要となります。麻酔薬のアレルギー反応が起こることもあります。
	6. 麻酔開始前から、麻酔終了まで絶食となります。麻酔中は、母体・胎児のモニタリングを行い、分娩の進行を把握するために、こまめに内診や超音波検査を行います。
	7. 陣痛が弱くなり、分娩誘発が必要となります。吸引分娩や鉗子分娩（器械分娩）が増えます。骨盤の運動神経麻痺が起こっているので、器械分娩の際に裂傷が大きくなる可能性や骨盤内血流増加により出血が多くなる可能性があります。
	8. 分娩終了後にはチューブを抜去します。
	9. 費用は別途8万円と、薬剤料・材料費として約1万円かかります。
	10. 安全な無痛分娩を目指すための研究を行っています。後日、カルテより臨床経過データを一部使用させていただくことがあります。

承諾日　　　　年　　月　　日

患者住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

配偶者・保護者・保証人

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞　（続柄＿＿＿＿＿）

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

吹上マタニティクリニック

医師　　　　　鈴木佳克　山本珠生＿

説明立会い者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　吹上マタニティクリニック