

無痛分娩に関する説明および同意書

患者氏名： _____ 様

当院では、分娩時の快適性の確保のため、また医学的適応を認める場合などに、積極的に無痛分娩を取り入れることとしています。以下、無痛分娩の適応、方法、およびリスクについて示します。

1、適応

- 1) 分娩時の除痛を目的に妊婦さんが希望する場合
- 2) 医学的適応がある場合

母体が心疾患を有する場合、遷延分娩、妊娠高血圧症候群合併妊娠等

2、方法

- 1) 計画分娩は原則行いません（他に破水、微弱陣痛、母体疾患などあれば行います）。自然陣痛発来後、安全に分娩誘発が行えることを確認した後に行います。
- 2) 方法は硬膜外麻酔により行います。状態により、くも膜下麻酔を併用することもあります。これらの麻酔は、妊娠中太りすぎて脊椎の棘突起が確認出来ない場合や脊椎の形状、また血液の凝固系に異常がある場合など行えないこともあります。

3、合併症

- 1) 硬膜穿刺：処置後、髄液の漏出により頑固な頭痛が1週間程続く場合があります。→安静と輸液で対処します。場合により、漏出部位に自己血を注入することがあります。また、硬膜穿刺した場合、無痛分娩自体を中止することがあります。
- 2) 低血圧およびショック：麻酔による交感神経ブロックにより起こります。→輸液や昇圧剤の投与で対処します。

4、料金 100,000 円

処置内容により別途料金が発生する場合があります。

以上の説明をいたしました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 あきせウイメンズクリニック
医師 明瀬 大輔 印

上記のことを十分理解し納得した上で、無痛分娩を希望いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 住所： _____

氏名： _____ 印

配偶者 住所： _____

氏名： _____ 印