

無痛分娩（硬膜外鎮痛法）の説明文書

1. 無痛分娩（硬膜外鎮痛法）による分娩を予定します。

特徴として以下のことがあげられます。

- ・他の痛み止めよりも効果が確実です。
- ・他の鎮痛法に比べ赤ちゃんへのお薬の影響が最も少ないです。
- ・出産時の身体の負担を軽くすることができます。
- ・緊急時の全身麻酔を避けることができます。

無痛分娩中は専門的なトレーニングを受けた麻酔科医が痛みのコントロールを行います。

無痛分娩はお産による痛みを「軽減する」ことを目的としているため、痛みを「無」にはできないこともあります。ご了承ください。

2. 分娩中の過ごし方・麻酔のやり方

無痛分娩を安全に行うため、いくつかお願いしていることがあります。

- ・当日は分娩が終了するまで食事ができません。清涼飲料水は飲むことができます。
- ・無痛分娩を予定している前日に入院し、当日は朝8時30分に分娩室に移動します。
- ・心電図、血圧計などをつけ、点滴をとります。
- ・定期的に血圧を測定させていただきます。
- ・背中に細いチューブ（カテーテル）が入った後は分娩が終了するまで分娩台の上で過ごしていただきます。

- ・麻酔を行う際は、分娩台の上で横になっていただき、背中を丸くします（座って行うこともあります）。
- ・背中を消毒し、腰のあたりに局所麻酔を行います。
- ・局所麻酔を行った部位からカテーテルを挿入し、しっかり固定します。
- ・カテーテルから鎮痛薬を入れていきます。
- ・いきみ始めるまでは分娩台の上で横を向いて過ごしていただきます。
- ・鎮痛薬は投与開始してから効果がでるまでに30～40分くらいかかります。

殿 (ID _____)

3. 合併症（起こり得る問題点）について

- ・麻酔により一時的に血圧が下がる、下半身に力が入りにくくなる、尿意を感じにくくなる、発熱する、顔や体がかゆくなるなどの症状が出る場合があります。
- ・麻酔の効果が十分でないときには再度カテーテルを入れ替える、麻酔を追加する（脊髄くも膜下麻酔を併用する）可能性があります。時間が経過するにつれ、カテーテルが違う場所へ入ってしまうこともあるため、その際もカテーテルの入れ替えを検討します。
- ・分娩が長引きやすくなるため、陣痛促進剤による分娩誘発が必要になります。（分娩誘発については、「分娩誘発（陣痛促進）説明・同意書」をご参照ください）また、鉗子・吸引分娩が増えることがあります。
- ・分娩後に頭痛や、足・おしりの感覚が鈍くなる場合があります。

安全に行うため、無痛分娩中に何か気になる症状が出現した場合は遠慮なく教えてください。上記のような問題が発生した場合、適切な処置を行います。

4. その他

当院の無痛分娩は計画分娩です。

計画予定日より早く陣痛・破水が来た場合は自然分娩になります。

5. 該当患者固有の危険性等

6. 同意の撤回

いったん同意書を提出しても、診療が開始されるまでは、診療を受けること撤回することができます。撤回を希望される場合には、その旨をお申し出ください。

上記、説明文書の内容をよくお読みになって、わからない事がある場合には医師へ質問をしてください。その上で、診療を受ける事に同意される場合、同意書に自署で記名いただき、本書面を診療前に必ずご提出ください。

無痛分娩（硬膜外鎮痛法）に関する同意書
(患者様交付用)

病名：

処置名：

私は、患者様 (ID：) に対して、無痛分娩（硬膜外鎮痛法）に関する説明をいたしました。
尚、同意が行われた後に、患者ならびに親族や代理者が、同意を取り消すことも可能であり、それによる不利益を被ることはありません。

説明日：

説明医師 氏名 印

(同席者・確認者) 看護師 印

東京臨海病院 病院長殿

私は、上記無痛分娩（硬膜外鎮痛法）について、説明書に基づき、主治医より十分な説明を受け、納得いたしましたので、無痛分娩（硬膜外鎮痛法）を受けることに同意いたします。
また、処置中に緊急処置の必要性が生じた場合、適切な処置を受けることについても承諾いたします。尚、無痛分娩（硬膜外鎮痛法）に関する説明文書を受け取りました。

記入日：西暦 年 月 日

患者氏名 印 (ID)

住 所

保護者又は代理者
(親権者 父母 配偶者 兄弟 姉妹 保護義務者 法定代理人 その他)

氏 名 印 (続柄)

住 所

電話番号

無痛分娩（硬膜外鎮痛法）に関する同意書
(病院保存用)

病名：

処置名：

私は、患者様（ID：）に対して、無痛分娩（硬膜外鎮痛法）に関する説明をいたしました。
尚、同意が行われた後に、患者ならびに親族や代理者が、同意を取り消すことも可能であり、それによる不利益を被ることはありません。

説明日：

説明医師 氏名 印

(同席者・確認者) 看護師 印

東京臨海病院 病院長殿

私は、上記無痛分娩（硬膜外鎮痛法）について、説明書に基づき、主治医より十分な説明を受け、納得いたしましたので、無痛分娩（硬膜外鎮痛法）を受けることに同意いたします。
また、処置中に緊急処置の必要性が生じた場合、適切な処置を受けることについても承諾いたします。尚、無痛分娩（硬膜外鎮痛法）に関する説明文書を受け取りました。

記入日：西暦 年 月 日

患者氏名 印 (ID)

住 所

保護者又は代理者
(親権者 父母 配偶者 兄弟 姉妹 保護義務者 法定代理人 その他)

氏 名 印 (続柄)

住 所

電話番号