

カイロプラクティック治療に関する同意書

脊椎矯正を含むカイロプラクティック治療の性質、リスク、および利益について説明する同意書

クライアント情報

名 *	姓 *
メールアドレス *	電話番号 *
生年月日 *	
YYYY年MM月DD日	

カイロプラクティック治療の性質

カイロプラクティック治療の概要:

カイロプラクティック治療は、主に脊椎およびその他の関節の手動矯正と操作を通じて、筋骨格系の状態の診断と治療を行います。治療計画には以下が含まれる場合があります：

- 脊椎矯正（手動または機器補助）
- 関節可動化および軟部組織療法
- 治療運動およびストレッチ
- 電気刺激、超音波、またはコールドレーザー療法
- 生活習慣およびエルゴノミクスに関するアドバイス

カイロプラクティック治療の目的は、適切なアライメントと機能を回復し、疼痛を軽減し、全体的な生活の質を向上させることです。

リスク & 利益

潜在的な利益:

- 疼痛緩和および可動域の向上
- 炎症の減少
- 姿勢および脊椎アライメントの改善
- 神経系機能の向上
- 鎮痛薬への依存の減少

脊椎矯正の潜在的なリスク:

カイロプラクティック矯正は一般的に非常に安全ですが、いくつかのリスクが含まれます:

- 一時的な筋肉痛または治療部位の不快感（最も一般的）
 - 頭痛または治療後の疲労
 - 既存の状態の悪化（一時的）
 - 筋肉痙攣または緊張
 - 肋骨骨折（稀で、骨粗しょう症患者でより起こりやすい）
 - 椎間板ヘルニアまたは既存の椎間板状態の悪化（稀）
 - 脳卒中または椎骨動脈解離（頸椎操作後） -
- これは極めて稀です（推定100万〜500万回の矯正中1回）が、深刻になる可能性があります

カイロプラクティック治療の代替案:

- 市販医薬品または処方医薬品
- 理学療法
- マッサージ療法
- 外科的介入
- 治療を受けない（状態が悪化する可能性あり）

カイロプラクティック治療の潜在的なリスクと利益について告知されたこと、頸椎矯正に関連する稀だが深刻な脳卒中のリスクを含めて、認識しています。

上記に説明されているリスクと利益を理解しています: _____

頸椎矯正に関連する追加的なリスクを理解し、私の状態に適切と私のカイロプラクターが判断した場合、この治療を受けることに同意します。

頸椎（首）矯正を受けることに具体的に同意します: _____

患者の権利

患者としてのあなたの権利:

1. 提案された治療について、いつでも質問する権利があります。
2. いつでも治療を拒否または中止する権利があります。
3. セカンドオピニオンを求める権利があります。
4. あなたの治療提供者の資格を知る権利があります。
5. 治療計画の変更を要求する権利があります。
6. あなたの健康情報のプライバシーと機密性の権利があります。

患者としての私の権利、いつでも治療を拒否または中止する権利を含めて、理解していることを確認します。

上記に説明されている私の権利を認識しています: _____

同意と署名

以下に署名することにより、この同意書全体を読んだことを確認します。カイロプラクティック治療の性質、潜在的なリスクと利益、および利用可能な代替案を理解しています。質問する機会を持ち、満足のいく回答を受けました。私のカイロプラクターが推奨するカイロプラクティック治療を受けることに自主的に同意します。

上記の情報を読んで理解したこと、そして同意を与えることを確認します。

上記の情報を読んで理解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。