

## 改訂版告知内容調査票（DCCL-R） 記入用紙

施設名		施設番号：記入不要
患者氏名		患者エントリー番号：記入不要
説明（告知）者氏名		説明（告知）者番号：記入不要
科目名		科目番号 1: 精神科 2: その他
性別	1: 男性 2: 女性	
説明年月日	年 月 日	
生年月日	年 月 日	
年齢		
結婚状態	1: 未婚 2: 既婚 3: 死別 4: 離婚	
医療費支払形態	1: 国保 2: 生保 3: その他	
決定権の保有	1: はい 2: いいえ	
決定の依頼	1: はい 2: いいえ	
治療の推薦	1: はい 2: いいえ	

はいの場合：	その内容
治療を薦めた場合	1: 医学上正式の名称 2: 非医学的名称もしくは変更した名称
薬物療法を薦めた場合	1: 全般的名称 2: 何に効果があるかを説明する名称 3: 医療上の分類名称 4: 当該薬剤固有の一般名もしくは商品名
治療から予想できる危険の説明	1: はい 2: いいえ
はいの場合：	その内容

治療から期待できる利益の説明	1: はい 2: いいえ
はいの場合：	その内容
代替手段の説明	1: はい 2: いいえ
はいの場合：	その内容
無治療から予測できる危険の説明	1: はい 2: いいえ
はいの場合：	その内容
無治療の場合に期待できる利益の説明	1: はい 2: いいえ
はいの場合：	その内容

病名告知	1: はい 2: いいえ	正式診断名 (DSM-IV-TR)
はいの場合：	その内容	
病名を告知した場合	1: 医学上正式の診断名 2: 非医学的診断名もしくは変更した診断名	
判断能力概括評価	1: 判断能力あり 2: 判断能力なし	

自由記載