

MEDICATION CONSENT FORM
薬剤投与同意書
ALAMEDA COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES

NAME :	
DOB	
PSP#	
SS#	

私は、緊急の場合を除き、この薬剤の投与を拒否する権利を有すること、また私のかかりつけの医師に相談してその同意を得ない限りその投与ができないことを理解します。私と私のかかりつけの医師は下の事柄を話し合いました。

1. 私の精神状態の特性。
2. 私の状態がその薬剤なしに改善するあるいはしない可能性を含む、この薬剤を投与して私の医師が行う処方**の根拠**。
3. 私は医療スタッフに要求することにより、いつでも**投薬を拒否することができる**こと。
4. 私の状態に対してとり得る**別な治療法**。
5. 摂取する**薬剤の種類**、投薬の**頻度と範囲**、投薬**方法**（経口、注射）、および**治療期間**。
6. 一般に知られているこれらの薬剤の副作用および特に私の場合に起こり得る副作用。
7. 3ヶ月以上投薬を継続した場合に生じ得る、**晩発性運動異常**（顔、口、手または脚の不随意運動）を含む各種の副作用。ある種の抗精神病薬は**非可逆性の症状**を発すること、また、投薬を止めたのちにも生じ得ること。

私はまた、推奨されている投薬について文書による説明を受けました。私はそれが情報のすべてではないこと、私は自分のすべての健康上の問題と現在摂取中の薬剤について私のかかりつけの医師と相談する必要があることを理解しています。

- 抗不安薬、具体的には _____
Antianxiety Agents, specifically
- 抗うつ薬、具体的には _____
Antidepressants, specifically
- 抗精神病薬、具体的には _____
Antipsychotics, specifically
- カルバマゼピン（テグレトール）
Carbamazepine (Tegretol)
- ディバルプロレックスまたはバルプロ酸（デバコート）
Divalproex or Valproic Acid (Depakote)
- リチウム
Lithium
- 覚せい剤、具体的には _____
Psychostimulants, specifically
- 鎮静剤／睡眠薬、具体的には _____
Sedative/hypnotics, specifically
- その他 _____
Other

年月日 _____ 患者／親の署名 _____

Pt. agrees, but chooses NOT to sign. Staff: _____ DATE _____

Pt. on conservatorship, Conservator sig: _____ DATE _____