

## Informed consent statement

ESPS manuscript No: 03726968

Title: Recurrent renal cell carcinoma leading to a misdiagnosis of polycystic liver disease: A case report

Written informed consent was obtained from patient.

The format of consent form is shown as the following 2 pages:

カルテ保存用

性別: 女性

筑波大学附属病院への試料・情報提供についての同意書

筑波大学附属病院長 殿

私は筑波大学附属病院への試料・情報提供について、説明文書（様式2）及び口頭で説明いたしました。

平成28年6月8日

説明者 所属（診療グループ） 消化器外科 氏名（自署）

私は説明を受けて内容を理解した上で、筑波大学附属病院に試料・情報を提供し、研究利用されることに同意します。

平成28年6月8日

患者または代諾者（本人との関係） 氏名（自署）

**\*該当する場合のみ**

同意の内容について制限がある場合は以下にもご記入下さい  
(特になし場合は記入の必要はありません)

私は筑波大学附属病院への試料・情報提供について説明を受け、以下の項目のみ同意をいたします。記入のない項目に関しては、診療以外の目的で試料・情報を使用しないようお願いいたします。

(1) 試料提供について  
☐ 全て可 ☐ 組織のみ可 ☐ 血液のみ可 ☐ その他 ( )

(2) 情報提供について  
☐ 全て可 ☐ これまでの情報のみ可 ☐ その他 ( )

(3) 研究について  
☐ 全て可 ☐ 遺伝子解析以外は可 ☐ その他 ( )

(4) 上記以外 { }

平成 年 月 日

患者または代諾者（本人との関係） 氏名（自署）

問い合わせ先  
筑波大学附属病院 病理部  
Tel/Fax: 029-853-3715 担当: 竹内

(平成25年8月作成)



様式1 説明書用

手術同意書  
(手術及び病理・細胞診標本の取り扱いに関する説明・同意書)

筑波大学附属病院 院

患者 氏名 印 日生 明治・大正・昭和・平成 (西暦 年) 月 日

手術名: 肝右葉切除 肝う胆開窓術 胆う摘出術  
手術予定日: 平成 28 年 6 月 10 日 未定  
(西暦 年)

診療科名: 消化器外科

説明:

☐ 病状の説明  
☐ 手術の必要性和予想される治療成績  
☐ 手術以外の治療法(経過観察も含む)と予想される治療成績  
☐ 手術の具体的方法  
☐ 起こりうる合併症:発生頻度とその治療・予後  
☐ 手術による身体・機能の喪失と対策  
☐ 状況に応じた手術内容変更の可能性  
☐ 医療機器安全確保のための業者立ち合いの可能性  
☐ 輸血の可能性  
☐ 診断・治療を目的とした術中の映像記録・撮影とプライバシーの保護  
☐ 切除された臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本作成・処理  
☐ 病理・細胞診標本の保存場所 ( ☐ 病理部・ ☐ 担当診療グループ )

私は、今回の手術について上記の全項目を説明いたしました。

説明した日 平成 28 年(西暦 年) 6 月 8 日

診療科名 消化器外科

担当医師名 高野 恵輔 印

このたび上記手術を受けるにあたり担当医師から上記のような説明を受け、理解しましたので手術の実施に同意します。なお、手術中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても承知いたします。

同意した日 平成 28 年(西暦 年) 6 月 8 日

患者氏名 印

保護者または  
代諾者氏名 印 患者との  
続柄

住 所

(患者と同一住所でない場合は必須。ただし、患者さん用は省略可。)

注:氏名の欄は本人が自署してください。ただし、未成年者または本人が署名できないときは、保護者または代諾者が自署してください。自署でなければ押印は必要ありません。

March 4. 2019

Chen Liang