

順天堂大学医学部附属順天堂医院  
院長殿

(患者さん用)

## 同意書

私は、「心臓手術後の回復期リハビリテーションの効果の検討」について、十分な説明を受け、内容を理解し検討した上で、自らの自由意思に基づいてこの試験に参加することに同意いたしました。

1. はじめに
2. 研究目的
3. 研究の方法および期間
4. 予想される効果および副作用
5. 健康に障害が生じた場合に患者さんが受けることができる治療について
6. 研究への参加
7. 情報のご連絡
8. 試験の中止
9. プライバシーの保護および結果の発表について
10. この研究にかかる費用の拠出元、利益相反
11. あなたの費用負担について
12. 相談窓口について

### 【患者さんの署名欄】

私はこの試験に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本試験に参加することに同意します。

同意日：平成 年 月 日

患者氏名

### 【医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この自主臨床試験について十分に説明いたしました

説明日：平成 年 月 日

所属：心臓血管外科 担当医師 氏名：

## 同意書

私は「心臓手術後の市販栄養ドリンクの摂取が回復期リハビリテーションに及ぼす影響の検討」について、十分な説明を受け、内容を理解し検討した上で、自らの自由意思に基づいてこの試験に参加することに同意いたしました。

1. はじめに
2. 研究目的
3. 研究の方法および期間
4. 予想される効果および副作用
5. 健康に障害が生じた場合に患者さんが受けることができる治療について
6. 研究への参加
7. 情報のご連絡
8. 試験の中止
9. プライバシーの保護および結果の発表について
10. この研究にかかる費用の拠出元、利益相反
11. あなたの費用負担について
12. 相談窓口について

### 【患者さんの署名欄】

私はこの試験に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本試験に参加することに同意します。

同意日：平成 年 月 日

患者氏名：

### 【医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この自主臨床試験について十分に説明いたしました

説明日：平成 年 月 日

所属：心臓血管外科 担当医師 氏名：

順天堂大学医学部附属順天堂医院  
院長殿

(医師用)

## 同意書

私は「心臓手術後の回復期リハビリテーションの効果の検討」について、十分な説明を受け、内容を理解し検討した上で、自らの自由意思に基づいてこの試験に参加することに同意いたしました。

1. はじめに
2. 研究目的
3. 研究の方法および期間
4. 予想される効果および副作用
5. 健康に障害が生じた場合に患者さんが受けることができる治療について
6. 研究への参加
7. 情報のご連絡
8. 試験の中止
9. プライバシーの保護および結果の発表について
10. この研究にかかる費用の拠出元、利益相反
11. あなたの費用負担について
12. 相談窓口について

### 【患者さんの署名欄】

私はこの試験に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本試験に参加することに同意します。

同意日:平成 28年 12月 26日

患者氏名

### 【医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この自主臨床試験について十分に説明いたしました

説明日:平成 28年 12月 26日

所属:心臓血管外科 担当医師 氏名: