

同意書

I D No

氏名

生年月日

外来科名

科名

医師名

説明日

説明医師自署または印

同席スタッフ自署または印

日本医科大学千葉北総病院院長 殿

病名および病態

このたび

意味、必要性

予測される合併症、危険性

期待される効果と限界

実施しない場合に予測される症状の推移

他の検査や治療法

について十分な説明を受け、理解しましたので、上記について行われることに同意いたします。

なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置が行われることについても同意いたします。

同意日

患者様本人自署または印

代諾者自署または印

(患者様との関係)

代諾者自署または印

(患者様との関係)

小腸内視鏡検査・治療に関する同意書

日本医科大学付属病院 院長 殿

2016年05月23日

私は、小腸内視鏡検査・治療を受けるにあたり、

- ☐ 大腸内視鏡検査・治療、偶発症の頻度、緊急時の処置
- ☐ 抗凝固薬・抗血小板薬の中止
- ☐ 検査・病理組織の教育・研究への使用
- ☐ 感染症検査のための採血検査
- ☐ 鎮静剤の使用条件、副作用

以上の項目に関して、十分な説明を受け理解し、必要であると判断しましたので、日本医科大学付属病院での検査の実施を承諾します。

尚、同意後いつでも、これを撤回できることも理解しています。

また、偶発症が起きた場合の医療は通常の保険診療となります。

私は、心臓ペースメーカーや埋め込み型電子機器を

- ☐ 使用しています。
- ☒ 使用していません。

私は、腹部・骨盤部の外科手術（虫垂炎・帝王切開など）を受けたことが、

- ☒ あります。（手術内容： ヘルニア 手術）
- ☐ ありません。

ご氏名（自筆）： [署名]

（ご本人が同意に関して判断ができないときはご家族）

（ご家族の場合、患者との続柄）： _____

説明担当医師： 消化器・肝臓内科 鈴木 将大

日本医科大学付属病院 内視鏡センター

同意書

氏名

生年月日

外科科名又は病棟勤務室

科名

医師名

性 年令

年 月 日

説明日

20年5月28日

説明医師自署または印

外科 櫻澤信行

同席スタッフ自署または印

日本医科大学千葉北総病院院長 殿

病名および病態

小腸潰瘍

このたび

小腸部分切除術

の

意味、必要性

予測される合併症、危険性

期待される効果と限界

実施しない場合に予測される症状の推移

他の検査や治療法

について十分な説明を受け、理解しましたので、上記について行われることに同意いたします。

なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置が行われることについても同意いたします。

同意日

20年5月28日

患者様本人自署または印

代諾者自署または印

(患者様との関係)

代諾者自署または印

(患者様との関係)

診療に関する説明と同意書

ID No. [REDACTED]

氏 名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

性別 [REDACTED]

説 明 日 2021年05月21日

説明医師自署または記名押印

外科・消化器外科 保田 智彦 

同席スタッフ自署または記名押印

当病院は、病院であるとともに、大学という教育・研究機関です。
学術研究に関しては、開始前に当院の倫理委員会において、患者さんの
プライバシーや研究の倫理性が守られているかなどの審査を行い、
承認された場合に限りこれに着手することになります。
また、学術研究および人を対象とする医学系研究には該当しない、
個々の患者さんの治療の成果や、治療中に起きた問題などについても、
医療者同士が経験を共有することで、診断や医療安全などの水準を向上し、
治療法の検討などを行い、治療法の検討を行い解決の糸口を見つけたいと考えます。
そうした目的の為に患者さんの診療情報を、個人が特定されない形にして
(個人情報保護して)、「症例報告」に活用させて頂きたいと思います。
具体的には、医学雑誌に文章と画像で報告するという方式をとります。
個人情報保護のために、
1 氏名・イニシャルの提示をしません 2 生年月日・住所を提示しません
3 具体的な日付は分からない形にします 4 地名も記載しません
4 家族歴・職業は必要不可欠な事項に限定します
5 画像・検査データは必要最小限の情報だけを提示します
症例報告への協力は自由であり、お断りになっても診療上の不利益が無いことを
お約束します。同意の取りやめはいつでもできます。
※セカンドオピニオンをご希望の方はお知らせ下さい。紹介状及び検査結果などを準備
いたします。
※説明内容に同意した後であっても、実施前であれば、いつでも同意の撤回ができます。
その場合は医師・看護師に申し出てください。

日本医科大学千葉北総病院院長 殿

私は上記の説明を受け、内容を理解しましたので診療を受けることに同意いたします。

同 意 日 2021年 5月 21日

患者本人自署または記名押印

代諾者自署または記名押印

(患者との関係)

代諾者自署または記名押印

(患者との関係)

診療に関する説明と同意書

ID No. [REDACTED]

氏 名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

性別 [REDACTED]

説 明 日 2021 年 05 月 21 日

説明医師自署または記名押印

外科・消化器外科 保田 智彦



同席スタッフ自署または記名押印

・症例報告への同意

1 私は担当医師から、医療水準の向上・医療者の育成などの目的で、私の診療情報を症例報告に活用したいという申し出を受けました。

2 私は担当医師から、次のような説明を受けました。

医学雑誌への文章と画像による診療情報の報告

個人が特定されない形での報告（個人情報保護の方法）

同意は自由であり、同意せず断ったり、一度同意した後に同意を取り

やめた場合にも、診療上の不利益は生じないということ

同意の取りやめの時点で、報告済みの情報や、切り離してしまって誰の

情報が分からない情報については、削除できない場合があること

3 私は、以上を理解した上で、診療情報を症例報告に用いることに同意します。

※セカンドオピニオンをご希望の方はお知らせ下さい。紹介状及び検査結果などを準備いたします。

※説明内容に同意した後であっても、実施前であれば、いつでも同意の撤回ができます。その場合は医師・看護師に申し出てください。

日本医科大学千葉北総病院院長 殿

私は上記の説明を受け、内容を理解しましたので診療を受けることに同意いたします。

同 意 日 2021 年 5 月 21 日

患者本人自署または記名押印

代諾者自署または記名押印

(患者との関係)

代諾者自署または記名押印

(患者との関係)

包 括 同 意 書

ID No.

氏 名

生年月日

性 別

説 明 日 2021 年 05 月 21 日

説明医師自署または記名押印

外科・消化器外科 保田 智彦 印

同席スタッフ自署または記名押印

日本医科大学千葉北総病院 院長 殿

集約説明書（別紙参照）

- ☒ (1) 学術研究に関する説明
- ☐ (2) 感染症検査の説明
- ☐ (3) 深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症の予防に関する説明
- ☐ (4) 褥瘡発生についての説明
- ☐ (5) 転倒・転落に関する説明
- ☐ (6) 病院感染対策に関する説明

※チェックのついた同意書は、説明日が同一の日に限り使用します。また、入院時、新たな説明が必要になった文章は個別に同意書が必要となります。

入院するに当たり、集約説明書に基づき、担当医及び医療スタッフから上記のチェックした項目につき十分な説明を受け、理解しましたので、上記行われることに同意致します。

なお、診療中に緊急の治療を行う必要性が生じた場合には、適宜治療されること、及びその際通常の保険診療となることについても同意致します。

- ☒ なお、上記項目も病状によっては、実施しない場合があります。
- ☒ 患者さんに最終的な自己決定権があります。
- ☒ 上記項目も事前であれば、いつでも同意を撤回できます。
- ☒ 患者さんのご希望によりセカンドオピニオンを希望できます。
- ☒ 説明内容に同意した後であっても、実施前であれば、いつでも同意の撤回ができます。その場合は医師・看護師に申し出てください。
- ☒ ご不明な点は、その都度ご説明いたしますので、お気軽にご相談ください

同 意 日 2021 年 5 月 21 日

患者本人自署または記名押印

代諾者自署または記名押印

(患者との関係)

代諾者自署または記名押印

(患者との関係)

学術研究に関する説明書

1. 趣旨

当病院は、病院であるとともに、大学という教育・研究機関です。医師をはじめ看護師、医療従事者の育成、医学に関する研究を遂行する任務を担っています。組織試料（手術・生検で得られた体の組織、細胞）、検査試料（血液、体液、排泄物など）や診療情報（内視鏡画像、放射線画像など）を医療の発展及び質の高い医師と医学者の育成のために使用することがありますので、同意書にてご協力をお願いしております。

2. 学術研究へのご協力について

学術研究に関しては、開始前に当院の倫理委員会において、患者さんのプライバシーや研究の倫理性が守れているかなどの審査を行い、承認された場合に限りこれに着手することになります。

患者さんの、診療における検査・治療の際に得た組織試料（手術・生検で得られる体の組織、細胞など）、検査試料（血液、体液、排泄物など）、これらの試料に基づき得られた解析結果や診療情報（X線写真や病変部写真と言った画像や検査結果など）を匿名化したうえで学術研究や教育に使用することがあります。個人情報については、国の指針や市の条例、施設の規則に則り、厳重に管理されます。薬剤の試験などの臨床試験は、この同意に含まれず、個別に同意をお願いします。その際は、改めて文書によるご説明をおこないます。

研究の倫理性や患者さんのプライバシーの保護については十分に遵守いたしますが、ご協力されるかどうかは、患者さんの自由意思であり、ご協力いただかなくても診療上の不利益を受けることは全くありません。また、協力に同意された後でも、不利益を受けることなく、文章により同意を撤回することができます。