

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2010 年 4 月 28 日

住 所 :

患者氏名 :

印

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

印

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2011 年 8 月 1 日

住 所 :

患者氏名 :

印

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

印

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2012 年 12 月 30 日

住 所 :

患者氏名 :

㊞

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

㊞

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 : 様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2012 年 12 月 12 日

住 所 :

患者氏名 :

印

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

印

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2013 年 12 月 19 日

住 所 :

患者氏名 :

㊞

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

㊞

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2013年 11月18日

住 所 :

患者氏名 :

㊞

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

㊞

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2014 年 1 月 1 日

住 所 :

患者氏名 :

⑨

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

⑨

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2016 年 5 月 26 日

住 所 :

患者氏名 :

印

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

印

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2016 年 5 月 26 日

住 所 :

患者氏名 :

㊞

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

㊞

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 : 様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 : 産婦人科

担当医師 : 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2018 年 1 月 31 日

住 所 : _____

患者氏名 : _____ (印)

同席者または代諾 : _____ (印)
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄 : _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 : 産婦人科

担当医師 : 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2011 年 11 月 9 日

住 所 : _____

患者氏名 : _____ (印)

同席者または代諾 : _____ (印) 続柄 : _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2014年 7月 7日

住 所 :

患者氏名 :

㊞

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

㊞

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 : 様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 : 産婦人科

担当医師 : 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2012年 8月 10日

住 所 : _____

患者氏名 : _____ (印)

同席者または代諾 : _____ (印) 続柄 : _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 : 様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性と予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 : 産婦人科

担当医師 : 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2012年 8月 10日

住 所 :

患者氏名 :

中野 靖子 印

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

印

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID:

患者氏名:

様

生年月日:

性別: 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科:

産婦人科

担当医師:

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2014 年 3 月 31 日

住 所:

患者氏名:

奥日 直美 (印)

同席者または代諾:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(印)

続柄:

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 : 様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2016 年 6 月 20 日

住 所 :

患者氏名 :

猪又 幸子 (印)

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

(印)

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID:

患者氏名: 様

生年月日:

性別: 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科:

産婦人科

担当医師:

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2016 年 8 月 1 日

住 所:

患者氏名:

肥田 芽衣子 印

同席者または代諾:

(配偶者・親権者・その他の親族)

印

続柄:

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 : 様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2017 年 2 月 9 日

住 所 :

患者氏名 : 堀美奈子 (印)

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

(印)

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID:

患者氏名: 様

生年月日:

性別: 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科:

産婦人科

担当医師:

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2018 年 2 月 12 日

住 所:

患者氏名:

床花 智子 (印)

同席者または代諾:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(印)

続柄:

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法(経過観察を含む)とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製・処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2018年 12月 15日

住 所 :

患者氏名 :

井上 かつみ (印)

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

(印)

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 : 女

手術に関する同意書

手術名: 超音波ガイド下アルコール局注療法

ご説明の内容

- ☐ 1. 病名および病状の説明
- ☐ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☐ 3. 麻酔の有無と方法
- ☐ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☐ 5. 手術の具体的方法
- ☐ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☐ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☐ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☐ 9. 輸血の可能性
- ☐ 10. 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
- ☐ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☐ 12. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☐ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得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な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同意いたします。

西暦 2018 年 6 月 15 日

住 所 :

患者氏名 :

張 麗 子 (印)

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親族)

(印)

続柄 :

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学
国際医療福祉大学病院