

生検における病理検査 説明書と同意書

独立行政法人国立病院機構

呉医療センター院長 殿

患者ID [REDACTED]

患者氏名 [REDACTED]

生年月日 [REDACTED]

私は、今回の生検で病理検査される組織が病理診断に用いられた後は、

- 1) ブロック、プレパラートとなり、臨床検査科病理で保存されること、
- 2) 組織の一部やそれから得られた医学的情報が医学の研究や教育のために用いられる事があること、について十分に説明を受けました。
- 3) また、ここで同意した後、いつでも同意を撤回や変更できることを確認しました。

上記 1) 2) について同意いたします。

平成30年12月20日

同意者（本人） [REDACTED] 印（自筆署名もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印等を用いて記名する場合は印を加える）

*患者さんに同意能力がない場合にのみ、代理人が自筆署名、もしくは記名押印してください。

（代理人）： 印（患者さんとの関係： ）

（自筆する。ゴム印等を用いて記名する場合は印を加える）

説明を受けた

場所 消化器内科 （外来 病棟）

説明医師名 宮迫 由季

予定生検名

18年12月21日

＜内視鏡的大腸ステント留置術同意書＞（提出用）

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター院長殿

私は内視鏡的大腸ステント留置術についての説明を受け、その内容を十分理解しました。またこの治療を受けるかどうか検討するにあたり、その為の時間も十分に与えられました。以上のもとで、自由な意思に基づき、この治療を受けることに同意します。なお、説明文書と同意書の控えを受け取りました。

- ☒ 病名・病態
- ☒ 治療及び鎮静の目的・必要性・有効性
- ☒ 治療及び鎮静の内容と性格及び注意事項
- ☒ 治療及び鎮静に伴う危険性とその発生率
- ☒ 偶発症発生時の対応
- ☒ 代替え可能な治療
- ☒ 治療を行わなかった場合に予想される経過
- ☒ 同意後の撤回

説明年月日：平成 30 年 12 月 20 日

説明医師名：宮迫 由季

同席者氏名

＜治療での合併症を防ぐために下記の質問にお答え下さい＞

（当てはまる方へ○をつけ、詳細を記入して下さい）

質問項目	質問に対する答え	
血液が固まりにくい病気と言われたことがある	はい(病名)	いいえ
血液が固まるのを防ぐ薬を飲んでいる	はい(薬品名) 内服続行 または 内服中止	いいえ
今までに薬・局所麻酔などでアレルギーやショックを起こした事がある	はい (薬品名)	いいえ
心臓病がある	はい(病名)	いいえ
ペースメーカーを入れている	はい(手帳を持参して下さい)	いいえ
糖尿病がある	はい	いいえ
緑内障がある	はい	いいえ
前立腺肥大がある (男性の方のみ)	はい	いいえ

同意年月日：平成 30 年 12 月 20 日 同意者（本人自筆署名）

*患者に同意能力が無い場合又は自筆署名できない場合にのみ、代諾者が下記へ関係を記載して自筆署名して下さい。

代諾者（自筆署名）：

（患者との関係）：