

## Consent for taking and publishing photographs

Name of patient in English (BLOCK LETTERS)

Place

Date

2019.1.22.

To be read and signed by the patient in the presence of a witness:

In connection with the medical services that I am receiving from my physician, Dr. J. Shukla Uchikeshu.

I consent that photographs may be taken of me or of parts of my body and published under the following conditions:

- 1) The photographs may be taken only with the consent of my physician and under such conditions and at such times as may be approved by my physician.
- 2) The photographs shall be taken by my physician or by a photographer approved by my physician.
- 3) The photographs shall be used for medical records and if in the judgement of my physician, medical research, education, or science will be benefited by their use, such photographs and information relating to my case may be published and republished, either separately or in connection with each other, in professional journals or medical book, or used for any other purposes that my physician may deem proper in the interest of medical education, knowledge, or research; provided, however, that it is specifically understood that in any such publication or use I shall not be identified by name.
- 4) The aforementioned photographs may be modified or retouched in any way that my physician, at his or her discretion, may consider appropriate.

Signature of patients

Date signed

2019.1.22

Signature of witness

Date signed

2019.1.22

Signature of physician

Date signed

2019.1.22.

# 術の説明と同意について

喜田 浩 様

この文書は、あなたの治療に関して別紙を用いた説明がおわり、その内容への同意について確認するためのものです。説明を受けられた後でも、不明な点がありましたら何でもおたずねいただけます。

1. 説明日： 2017年 10月 2日

2. 説明医師名：( 第一口腔外科 ) 田崎 俊夫

同席者名：( )

3. 説明を受け、同意されるときは下記にご記入ください。

大阪大学歯学部附属病院病院長殿

2017年 10月 2日

私は、( )を用いた説明を受け、その内容を十分に理解しました。そのうえで、説明を受けた治療、及び緊急時には最善と考えられる処置を受けることに

☒ 同意いたします。

☐ 同意いたしません。

本人氏名： ( )

同席者氏名： ( )

(本人との関係： )

上記が本人の自署であることを確認した医師の署名

大阪大学歯学部附属病院

〒565-0871  
06-6

8

手術の説明と同意について喜田 浩 様

この文書は、あなたの治療に関して別紙を用いた説明がおわり、その内容への同意について確認するためのものです。説明を受けられた後でも、不明な点がありましたら何でもおたずねいただけます。

1. 説明日: 2017年 10月 2日2. 説明医師名: (第一口腔外科) 田 楠 浩 大

同席者名: ( )

3. 説明を受け、同意されるときは下記にご記入ください。

大阪大学歯学部附属病院病院長殿

2017年 10月 2日

私は、( )を用いた説明を受け、  
その内容を説明を受けた治療、及び緊急時  
には最善と

☒ 同意☐ 同意いたしません。

同席者氏名: \_\_\_\_\_

(本人との関係: \_\_\_\_\_)

上記が本人の自署であることを確認した医師の署名 \_\_\_\_\_

大阪大学歯学部附属病院

〒565-087

06-