

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 8 月 10 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 30 年 8 月 10 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 30 年 8 月 10 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☐ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☐ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2020 年 1 月 27 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2020 年 1 月 27 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2020 年 1 月 27 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 14 日

同意取得者 李 基成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 14 日

患者様ご署名 [黒塗り]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 14 日

患者様ご署名 [黒塗り]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 14 日

同意取得者

李 李 氏

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 14 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 14 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]



## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 14 日

同意取得者 李 基成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 14 日

患者様ご署名 [Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 14 日

患者様ご署名 [Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☐ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☐ 評価する項目について
- ☐ 研究による合併症について
- ☐ 予想される利益と予想される不利益について
- ☐ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☐ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☐ 費用負担・利益相反について
- ☐ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 30 年 3 月 16 日

同意取得者

伊田 智

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 30 年 3 月 16 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 30 年 3 月 16 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

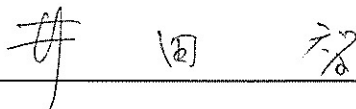
(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 22 日

同意取得者



上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 22 日

患者様ご署名



・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 22 日

患者様ご署名



## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☐ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☐ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 22 日

同意取得者 井 田 久

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 22 日

患者様ご署名 [黒塗り]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 22 日

患者様ご署名 [黒塗り]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 23 日

同意取得者 李 基 彦

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 23 日

患者様ご署名 [黒塗り]

・データの二次利用について

☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 23 日

患者様ご署名 [黒塗り]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 23 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 23 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 23 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 3 月 23 日

同意取得者

李 基成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 3 月 23 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 3 月 23 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018年 3月 28日

同意取得者 李 喜 成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018年 3月 28日

患者様ご署名 [署名]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018年 3月 28日

患者様ご署名 [署名]



## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 4 月 13 日

同意取得者

李 基成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 4 月 13 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 4 月 13 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☐ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 4 月 18 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 4 月 18 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 4 月 18 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 8 月 10 日

同意取得者 李 基 成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 8 月 10 日

患者様ご署名 

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 8 月 10 日

患者様ご署名 

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 6 日

同意取得者

李 彦成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 27 日

同意取得者 李 基 成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 27 日

患者様ご署名 [REDACTED]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 27 日

患者様ご署名 [REDACTED]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 29 日

同意取得者

李 基 成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 29 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 29 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 7 月 3 日

同意取得者

李 基成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 7 月 4 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 7 月 4 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 7 月 3 日

同意取得者

李 彦成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 7 月 4 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 7 月 4 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]



## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018年 7月 6日

同意取得者

李 基成

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018年 7月 6日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018年 7月 6日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 8 月 23 日

同意取得者



上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 8 月 3 日

患者様ご署名



・データの二次利用について

☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 8 月 3 日

患者様ご署名



## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 8 月 8 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 8 月 8 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 8 月 8 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☐ 研究の背景、目的、意義について
- ☐ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☐ 評価する項目について
- ☐ 研究による合併症について
- ☐ 予想される利益と予想される不利益について
- ☐ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☐ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☐ 費用負担・利益相反について
- ☐ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 5 月 9 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 5 月 9 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 5 月 9 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 5 月 23 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 5 月 23 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☐ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 5 月 23 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 6 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 6 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 6 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名



## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 6 日

同意取得者

李 基 俊

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

[Redacted Signature]

## 《同 意 書》

がん研究会有明病院病院長 山口俊晴 殿

私は、臨床研究「胃切除術後の血糖変動とダンピング症状の発生との関連」について以下の説明を受け、十分理解・納得いたしました。研究協力に同意いたします。

(□の中にご自分でレを付けて下さい。)

- ☒ 研究の背景、目的、意義について
- ☒ 研究の方法、対象となる患者、研究の流れ、スケジュールについて
- ☒ 評価する項目について
- ☒ 研究による合併症について
- ☒ 予想される利益と予想される不利益について
- ☒ 研究協力の任意性とその撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護、研究計画書などの開示について
- ☒ 研究成果の公表・試料等の取り扱い・データの二次利用について
- ☒ 費用負担・利益相反について
- ☒ 研究者の氏名、所属、連絡先

上記の研究について説明を行った医師氏名

説明年月日 2018 年 6 月 6 日

同意取得者

上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します。  
なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名

・データの二次利用について

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

同意年月日 2018 年 6 月 6 日

患者様ご署名