

Written informed consent was obtained from patient.
The format of consent form is shown as the following 2 pages.

DBK1S002 2020.05.23

カルテ保存用

患者ID :
患者氏名 :
生年月日 :
性別 : 男性

様式1

手術同意書
(手術及び病理・細胞診標本の取り扱いに関する説明・同意書)

筑波大学附属病院長 殿

患者

手術名: 肝左葉切除術 門脈腫瘍性摘出。(胆道可児)

手術予定日: 西暦 2020 年 5 月 25 日

診療科名: 消化器外科

説明:

☒ 病状の説明
☐ 手術の必要性和予想される治療成績
☐ 手術以外の治療法(経過観察も含む)と予想される治療成績
☐ 手術の具体的方法
☐ 起こりうる合併症: 発生頻度とその治療・予後
☐ 手術による身体・機能の喪失と対策
☐ 状況に応じた手術内容変更の可能性
☐ 医療機器安全確保のための業者立ち合いの可能性
☐ 輸血の可能性
☐ 教育・研修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
☐ 切除された臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本作成・処理
☐ 病理・細胞診標本の保存場所(☒ 病理部 ☐ 担当診療グループ)
☐ 薬剤の中止・減薬により起こりうる合併症: 出血、梗塞、感染等
☐ 機器の破損・小片残存の可能性

私は、今回の手術について上記の全項目を説明いたしました。

説明した日 西暦 2020 年 5 月 24 日

診療科名 消化器外科

担当医師名 高橋 一弘 印

このたび上記手術を受けるにあたり担当医師から上記のような説明を受け、理解しましたので手術の実施に同意します。なお、施行中に緊急の処置を行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了承いたします。

同意した日 西暦 2020 年 5 月 24 日 印

患者氏名
保護者または
代諾者氏名
住所
(患者と同一住所でない場合は必須。ただし、患者さん用は省略可。)

患者との
続柄

注※: 氏名の欄は本人が自署してください。ただし、未成年者または本人が署名できないときは、保護者または代諾者が自署してください。自署であれば押印は必要ありません。

このデータは個人情報を含む可能性がありますので、取り扱いには十分注意してください。

カルテ保存用

患者ID :
患者氏名 :
生年月日 :
性別 : 女性

試料・情報提供についての同意書

筑波大学附属病院長 殿

私は診療のために採取した試料・情報をつくばヒト組織バイオバンクセンターに提供することについて、以下の説明事項について十分な説明を受け、説明文書を受け取り、内容を確認した上で、試料・情報の提供に同意します。

1. つくばヒト組織バイオバンクセンターについて
2. 試料・情報を提供していただくことについて
3. 提供していただいた試料・情報について
4. 実施計画の開示について
5. 遺伝情報の開示について
6. 遺伝カウンセリングの利用について
7. 研究・教育で得られた成果の公開
8. 研究・教育で得られた成果の権利
9. 研究・教育に使用された後の試料・情報の取扱い
10. 問い合わせ先

<下記について該当される場合はチェックをお願いします>

* 診療時、研究用に追加で採血管 1 本分の採血することについて 同意します	チェック欄
* 研究の過程で私や血縁者の生命に重大な影響があることが発見 された時、研究結果を知らせて下さい	チェック欄

西暦 2020 年 5 月 24 日

患者 氏名 (自署)

代諾者 氏名 (自署)

患者との関係 ()

西暦 2020 年 5 月 24 日

説明者 所属

説明者 氏名 (自署または記名押印)

高橋 一久 印

(自署であれば押印は必要ありません)