

印字日時：2015-2-28 14:30



〒173-8610
東京都板橋区大谷口上町30番1号
日本大学医学部附属板橋病院
電話番号：03(3972)8111(代表)

エンボスカード印字欄

医学研究協力依頼のための説明と同意書

当病院では血液・尿・腹水・胸水・髄液・局所を撮ることによって得られた細胞などの一部および心電図、レントゲンなどの臨床検査によって得られたデータを診療記録とともに医学研究や教育に病院全体で利用させていただきたいと考えています。下記項目について、十分に説明を受けて確認された場合にレ印をつけて下さい。各項目を確認された後に、同意されるならば「同意書」に署名をお願い致します。

- ☒ 1. 検査試料が医学研究に利用されることへの同意
あなたの血液などの試料は、遺伝子の解析を含め、医学研究のために利用させていただく可能性があります。
- ☒ 2. 個人情報の保護について
研究結果や検体・研究による生産物などは保管させていただきます。あなたの氏名、住所、病名など、個人を特定する情報は漏洩しないように厳重に管理されます。
- ☒ 3. 研究結果の公表について
あなたの協力によって得られた研究成果は、あなたの氏名、住所などが明らかにならないようにプライバシーを保護した上で、学会発表や学術雑誌に掲載されることがあります。
- ☒ 4. 不利益について
研究、記録保存、公表、保管のすべてにおいて、あなた自身に不利益をもたらすことはありません。また同意されない場合でもあなたの診療になんら変わりはありません。
- ☒ 5. 同意の撤回について
同意された場合でも、いつでも自由意思によって同意を撤回することができます。

同意書

日本大学医学部附属板橋病院長殿

私は上記の各項目について説明を受け、十分理解致しましたので、医学研究への協力に同意致します。

平成 27 年 2 月 28 日

同意者（自筆）本人氏名

住所

生年月日：明治・大正・

または代諾者（自筆）氏名

本人との続柄：（ ）

説明者 医師又は歯科医師

氏名

同席者所属 職名

氏名

印



〒173-8610
東京都板橋区大谷口上町30番1号
日本大学医学部附属板橋病院
電話番号：03(3972)8111(代表)

臓器・組織・細胞の取り扱い及び教育・研究における使用同意書

手術や生検等で採取された検体（臓器、組織、細胞）を用いて細胞診や病理診断が行われます。その後、あなたの検体やパラフィンブロック・標本等が医学教育や学術研究に用いられる場合があります。採取された検体や診断のために作製された肉眼写真、凍結組織、パラフィンブロック、ガラス標本等の取り扱いに関して、下記の項目の「はい」又は「いいえ」にレ印をつけて下さい。

1. 病理学的検査が終了した後、残された臓器や組織等は一定の期間保存された後に、法的ならびに論理的に適切な方法で処分される事に同意します。
☒ はい ☐ いいえ
2. 個人情報を守秘し、個人に不利益が及ばないようにして、検体やパラフィンブロック、標本等が
 - a) 医学教育に用いられることに同意します。
☒ はい ☐ いいえ
 - b) 病態・病因解明や新しい治療法の開発等の学術研究に用いられることに同意します。
 （遺伝子解析研究を含みますが、個人情報に関する遺伝性疾患の研究は除きます。）
 また、研究結果が学会や学術雑誌で公表されることに同意します。
☒ はい ☐ いいえ
3. 研究、記録保存、公表、保管のすべてにおいて、あなた自身に不利益をもたらすことはありません。また同意されない場合でもあなたの診療になんら変わりありません。
4. 上記の項目に異議がある場合いつでも変更可能と説明を受け、承諾しました。
☒ はい ☐ いいえ

同意書

日本大学医学部附属板橋病院長殿

私は上記の件に関し、説明を受け自由意思により同意しました。

平成 27 年 2 月 28 日

氏名（署名又は捺印）：  性別： ☒ 女
 生年月日：明治・大正  電話番号： 
 住所： 
 代諾者 氏名（署名又は捺印）： _____ （ 歳） 性別：男・女
 本人との続柄：（ ）
 住所： _____ 電話番号： _____
 説明者 医師又は歯科医師 氏名（署名又は捺印）  ☒
 同意者 職名 _____ 氏名 _____ ☒

診療録控



〒173-8610
東京都板橋区大谷口上町30番1号
日本大学医学部附属板橋病院
電話番号：03(3972)8111(代表)

造影CT検査に関する説明・同意書

説明の内容

1 現在の病名、病状について：

肝細胞Ca r

2 造影CT検査の目的と方法について：

<目的>通常のCT検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

<方法>ヨード造影剤を100cc前後（疾患や体格によって異なります）腕や手から静脈注射します。

3 造影CT検査の予想される効果と不利益（危険性、合併症）について：

<効果>造影剤の分布から、血管の状態、臓器や病変部の血流状態を知る事ができ、より詳細な診断が可能となります。

<不利益>

①造影剤の副作用として以下の2つがあります。（日本造影剤副作用検査委員会からの報告）

1）【即時性副作用】

投与後すぐ（通常5分から30分以内）に起こります。嘔気、嘔吐、頭痛、発疹、かゆみ、手足のむくみ、冷汗等が現れることがあります。（頻度は5%以下）。また、呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状がでることもあります（頻度は0.004%）。非常に稀に他の薬剤と同様10万から20万人に1人（0.0005～0.001%）の割合で死亡例の報告もあります。この様な副作用に対しては、速やかな対応が可能な体制で検査を行っています。異常を感じた場合はお知らせ下さい。

2）【遅発性副作用】

造影剤使用後1時間から数日後に現れます。発疹・発赤・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛等が現れます（頻度は5～8%）。殆ど場合は治療の必要はありませんが、何らかの異常があれば受診科までご連絡ください。

②稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた薬はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要でありますのでお知らせ下さい。

また、疼痛がある場合は確認いたしますのでお知らせ下さい。

③その他、造影剤を注射すると一時的に身体が熱くなりますが、正常な反応ですので心配はいりません。

4 造影CT検査以外の可能な診療方法とその利害得失について：

他に超音波・MRI検査や造影剤を使用しないCT検査等がありますが、特に血管や血流状態の把握が必要な病気で、造影CT検査により詳しい診断が可能となります。

5 造影CT検査の副作用の予測と緊急処置について：

造影剤で副作用を起こすかどうか予め調べる方法は現在のところありません。当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には担当医等で最善の処置を施します。

6 同意の撤回について：

この同意はいつでも撤回できますので、お申し出下さい。

（検査当日の状態により担当医の判断で造影剤を使用しないことがあります。）

印字日時：2015 2 15 22:52



〒173-8610
東京都板橋区大谷1丁目30番1号
日本大学医学部附属板橋病院
電話番号：03(3972)8111(代表)

7 アレルギー歴・既往歴・食事および水分摂取等の確認：（説明医師が記入して下さい）

- ①造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある。
☐ なし ☐ あり：CT検査、血管造影、腎尿路検査、胆のう検査、その他（ ）
- ②気管支喘息などのアレルギー性疾患、他の薬剤過敏症やじん麻疹などのアレルギー歴があるか。
☐ なし ☒ あり（喘息、じん麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、
薬剤（ ） 食物（ ） その他（ ）
- ③腎機能障害の既往について
☐ なし ☐ あり
- ④現在糖尿病のお薬を飲んでいますか。☐ なし ☐ あり
服用ありの場合は当該薬剤をチェックして下さい。
（ヨード造影剤使用前後2日間はメトホルミン錠を使用しないで下さい。）
☐ メルピン ☐ グリコラン ☐ メグゼット ☐ その他（ ）
- ⑤食事・水分の摂取について（以下を説明して下さい。）
☐ 食事は造影検査の3時間前までに済ませて下さい。
☐

8 検査予定日： 2015年02月23日 [開始予定時刻 11時00分]
検査場所：☐ 第2CT ☐ 第3CT ☐ 救命CT

*前記1～8について説明を行い、造影CT検査に際してアレルギー歴・既往歴に問題がないことを確認いたしました。

説明日 2015年02月15日

説明者： 消化外 科 医師又は歯科医師

私は、前記1～8について説明を受け理解した上で、同意いたします。

平成 27 年 2 月 16 日

患者氏名： 記載者（代筆者・代諾者）
代筆者・代諾者どちらかを○で開んでください。

代筆者・代諾者
氏名： ① 患者との続柄（ ）
住所： ② 患者との続柄（ ）
氏名： ③ 患者との続柄（ ）
住所： ④ 患者との続柄（ ）
代筆・代諾理由（ ）

私は、前記1～8について説明を受けました

同席者氏名： ① 患者との続柄（ ）
住所： ② 患者との続柄（ ）
同席者氏名： ③ 患者との続柄（ ）
住所： ④ 患者との続柄（ ）

日本大学医学部附属板橋病院長 殿

日本大学医学部附属板橋病院