
あなたは、病状と勘められている手術や医療的手技、医療的検査について説明を受けました。
この同意書は、あなたに説明された重要な医学的情報を文書として確認するために作成されています。あなたが、十分な情報
が提供されたのちに、提案された手術や手技、検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。
この同意書は、一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回しても不利な扱いを受けたりすることは
ありません。

3 手術・手技担当医師： 築山 俊毅

4 説明医師： 賀古 眞 印または署名： 

B. 私は、提案された手術・手技・検査に関する危険性と、それ以外の危険性があることを理解しました。

私は医療行為には、説明されていない、予期しないリスクや合併症が発生する可能性があることを承知します。また、私は提案された手術・手技・検査の施行中に、不測の状況が起きた場合には、緊急の手術・手技を行う必要が生じる可能性があることを理解し、そのような緊急の場合、私はそのような手術や手技が実行されることを了解します。更に、私は、そのような緊急の手術や手技の結果には、いかなる保証もされていないことを認めます。

提案された手術・手技手順の想定される利点と危険、成功の可能性、他に取りうる方法、治療しなかった場合に予想される結果の説明を受けました。私はこの同意書の内容と、説明された内容を理解し、質問する機会を与えられ、納得し、手術・手技・検査を受けることを承認します。

この書類を読み医師と相談したうえで、以下のことを認め署名します。
私は自らの意志で上記の手術や手技の施行を、私の手術・手技担当医師やその介助をする病院職員、その他の訓練を受けた職員に許可します。

代理人: _____ 印 (続柄 _____)

この同意書は、一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。

- 私は自らの意志で上記の手術や手技の施行を、私の手術・手技担当医師やその介助をする病院職員、その他の訓練を受けた職員に許可します。

代理人: _____ 印 (続柄 _____)

1 診断名 肝腫瘍

2 治療方法 放射線治療（トモセラピーによる強度変調放射線治療）
治療前に治療計画コンピューター断層撮影(CT)を撮像し、コンピューター断層撮影(CT)画像をもとに、コンピューターで放射線治療計画を作成します。
必要に応じて固定具を作成します。皮膚に照射の基準となるマークをつけます。
1日 1回、週 回、合計 5回 2週間 40 Gy(日祝日は休み)
治療中は治療台の上で 20 分程度、安静にしてください。とくに痛み等の苦痛はありません。
利点：強度変調放射線治療、画像誘導放射線治療によって、効果的な治療を行い、
有害事象を減らすことができます。
欠点：下記の有害事象の可能性あります。

3 他に取うる方法

4 成功の可能性
ほとんどの方が予定通り治療を完遂されます。治療の奏効率（効き目）は年齢、病期、そのほかの治療によって異なります。治療中に生じた有害事象は治療後、数週間で改善することがほとんどです。治療後の有害事象には重篤なもの、長期にわたるものもあります。

5 起こり得る合併症とその対処法
・治療中から生じる有害事象→内科的治療
☒ 倦怠感、食欲低下、悪心 ☒ 腸炎、下痢 ☐ 膀胱炎、頻尿、排尿痛
☒ 骨髄抑制、腹痛、微熱

・治療後の有害事象→内科的/外科的治療
☒ 腸炎、腸閉塞、腸管出血：手術が必要となる可能性 ☐ 膀胱炎、膀胱萎縮、出血
☒ 骨折 ☒ 脊髄障害
☒ 二次発がん、腸管穿孔

6 治療しなかった場合の予想
病気が進行したり、再発する可能性が高くなります。生命に関わることもあります。

7 同意の撤回について
いったん同意された後でも、いつでも撤回することができます。
同意を撤回されても、不利な扱いを受けたりすることはありません。

8 研究、学術発表について
治療部位の写真、画像、治療計画、診療記録が将来、私のプライバシーが守られる範囲で、研究目的で解析され、学会、学術誌において発表されたり、閲覧されたりする可能性があります。これらは当院の医療内容を公開し、評価を受け、さらに医療レベルを向上させることが目的です。

皆川

印

印

(続柄)

湘南鎌倉総合病院 手術・侵襲的手技同意書

あなたは、病状と勧められている手術や侵襲的手技、侵襲的検査について説明を受けました。

この同意書は、あなたに説明された重要な医学的情報を文書として確認するために作成されています。あなたが、十分な情報が提供されたのちに、提案された手術や手技、検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。この同意書は、一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。

1 診断ないし状態:

2 予定術式:

3 手術・手技担当医師:

4 説明医師:

賀古 眞

印または署名:

5 提案された手術・手技の危険性と利点:

A. 私は、提案された手術・手技・検査に利点があっても、手術・手技・検査には危険を伴うことを理解しました。これらの危険には、アレルギー反応、出血、血栓、感染症、薬剤の副作用、失明、さらには身体機能障害や生命の危険が含まれています。

B. 私は、提案された手術・手技・検査に関する危険性と、それ以外の危険性があることを理解しました。

6 合併症、不測の状況、結果:

私は医療行為には、説明されていない、予期しないリスクや合併症が発生する可能性があることを承知します。また、私は提案された手術・手技・検査の施行中に、不測の状況が起きた場合には、緊急の手術・手技を行う必要が生じる可能性があることを理解し、そのような緊急の場合、私はそのような手術や手技が実行されることを了解します。更に、私は、そのような緊急の手術や手技の結果には、いかなる保証もされていないことを認めます。

7 承認:ほかに取りうる方法 ()

提案された手術・手技手順の想定される利点と危険、成功の可能性、他に取りうる方法、治療しなかった場合に予想される結果の説明を受けました。私はこの同意書の内容と、説明された内容を理解し、質問する機会を与えられ、納得し、手術・手技・検査を受けることを承認します。

8 手術・手技と治療への同意:

この書類を読み医師と相談したうえで、以下のことを認め署名します。

私は自らの意志で上記の手術や手技の施行を、私の手術・手技担当医師やその助をする病院職員、その他の訓練を受けた職員に許可します。

日付: 2021 年 7 月 1 日

患者氏名:

日付: 年 月 日

代理人:

印

(続柄

)

この同意書は、一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。

代理人: _____ 印 (続柄 _____)

発行年月日 2021年1月29日

ID 570725

氏名 宇都宮 猛 様

<病院控え>

腹部、骨盤部の腫瘍に対する放射線治療についての説明書

1 診断名 肝腫瘍

2 治療方法 放射線治療（トモセラピーによる強度変調放射線治療）
治療前に治療計画コンピューター断層撮影(CT)を撮像し、コンピューター断層撮影(CT)画像をもとに、コンピューターで放射線治療計画を作成します。
必要に応じて固定具を作成します。皮膚に照射の基準となるマークをつけます。
1日 1回、週 回、合計 5 回 2 週間 40 Gy(日祝日は休み)
治療中は治療台の上で 30 分程度、安静にしてください。とくに痛み等の苦痛はありません。
利点：強度変調放射線治療、画像誘導放射線治療によって、効果的な治療を行い、有害事象を減らすことができます。
欠点：下記の有害事象の可能性がります。

3 他に取らう方法

4 成功の可能性

ほとんどの方が予定通り治療を完遂されます。治療の奏効率(効き目)は年齢、病期、そのほかの治療によって異なります。治療中に生じた有害事象は治療後、数週間で改善することがほとんどです。治療後の有害事象には重篤なもの、長期にわたるものもあります。

5 起こり得る合併症とその対処法

・治療中から生じる有害事象→内科的治療

☒ 倦怠感、食欲低下、悪心 ☐ 腸炎、下痢 ☐ 膀胱炎、頻尿、排尿痛
☒ 骨髄抑制

・治療後の有害事象→内科的/外科的治療

☒ 腸炎、腸閉塞、腸管出血：手術が必要となる可能性 ☐ 膀胱炎、膀胱萎縮、出血
☒ 骨折 ☒ 脊髄障害
☒ 二次発がん：照射終了後数十年経過してから、照射部位内に別のがんが発生する可能性

6 治療しなかった場合の予想

病気が進行したり、再発する可能性が高くなります。生命に関わることもあります。

7 同意の撤回について

いったん同意された後でも、いつでも撤回することができます。
同意を撤回されても、不利な扱いを受けたりすることはありません。

8 研究、学術発表について

治療部位の写真、画像、治療計画、診療記録が将来、私のプライバシーが守られる範囲で、研究目的で解析され、学会、学術誌において発表されたり、閲覧されたりする可能性があります。これらは当院の医療内容を公開し、評価を受け、さらに医療レベルを向上させることが目的です。

説明医師 皆川 由美子



日付：2021年 7 月 9 日

患者氏名： [Redacted]



代理人： [Redacted]

印

(続柄)