

## 放射線治療（上腹部）についての説明書 兼 同意書

患者氏名 [redacted] 様

### 1. 現在の病状や放射線治療の目的

姑息的放射線治療（症状緩和がメイン）

### 2. 放射線治療の内容・方法と治療期間の概要

1日 1回 週 5回（月～金） 合計 ~~20~~ 30回 予定治療期間 約 ~~2~~ 6週

放射線治療の開始： [redacted] 治療期間中、放射線科で週1回の診察を行います

※ 放射線治療の効果を良くするために、予定通り休まずにいらして下さい。

1日の治療時間は約15分程度です。

### 3. 放射線治療により期待される効果

各種症状の軽減

### 4. 治療中・治療後に予想される副作用

放射線は、目に見えない光であり、放射線が身体に当たっているときは痛みもかゆみもありません。

治療が進むと次のような身体の変化がくることがあります。他にも放射線治療による身体の変調がありましたら、がまんせずにお申し出下さい。

※ 病状に対する放射線の効果も、治療に伴う副作用の程度も個人差があります。治療中に病状や身体の状態が変わることもあり、その時点で最適な治療法を検討いたします。状況によっては、治療の期間・回数・内容などが変わる場合があります。治療予定期間は一応の目安とお考え下さい。

治療期間中から治療後2～3ヶ月に起きる可能性がある合併症

- ・胃：食欲の低下、胸焼けや心窩部痛の可能性
- ・小腸/大腸：腹痛・便通不調や下痢を生じる
- ・治療初期に、乗り物酔い様の症状（放射線宿酔）を生じる
- ・全身倦怠感や食欲低下を感じる可能性
- ・骨髄：白血球や血小板の減少（予防薬あり）

治療後数ヶ月以降に起こるおそれがある合併症：全体の数%以下

- ・胃：潰瘍/出血が生じる可能性
- ・小腸/大腸：潰瘍/出血が生じる可能性・腸閉塞のリスク増加

極めてまれな重い副作用

穿孔（穴があく）

### 5. 説明に用いた補助資料：無 有（ ）

以上の通り説明いたしました。

\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分 ～ \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分

放射線科（放射線治療科）

担当医 [redacted]

立会者 [redacted] 放射線科看護師

放射線治療を受けるにあたり、下欄口のどちらかに印をつけ、署名により意思表示をお願いいたします。

☒ 以上の説明内容について理解し、放射線治療を受けることに同意いたします。

☐ 説明内容について同意できませんので、放射線治療を受けません。

患者氏名 [redacted]

同伴者氏名 \_\_\_\_\_

## 同意書

殿

### 1. JASTRO 放射線治療症例全国登録事業への参画への協力について

この度、[redacted] 病院において行われる「JASTRO 放射線治療症例全国登録事業への参画」について、担当医師より下記の説明を受け、十分に理解致しましたので、私自身の自由意思により研究に参加することに同意します。

- ☐ 研究の名称、研究実施について研究機関の長の許可を受けていること
- ☐ 研究の目的
- ☐ 利益相反に関すること
- ☐ 個人情報の保護
- ☐ 研究の方法
- ☐ 研究に参加することにより生じる負担、リスク、利益
- ☐ 研究結果の公表
- ☐ データの保管について
- ☐ 研究への参加とその取消しについて
- ☐ 研究に参加しない場合、または同意を撤回した場合に、不利益な扱いを受けないこと
- ☐ 研究の実施機関、責任者
- ☐ 将来の医学研究への協力について
- ☐ この研究について詳しく知りたい場合や相談したい場合の連絡先

記入日： [redacted] 日

ご署名： [redacted]

代諾者： \_\_\_\_\_

### 2. 将来の医学研究へのご協力について

私は将来の医学研究へ協力について同意します。

記入日： [redacted] 日

ご署名： [redacted]

代諾者： \_\_\_\_\_