

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
腔断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 / 月 12 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師： 植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 / 月 12 日

患者氏名：

同席者または代諾者：

（配偶者・親権者・その他の親族）

続柄：

（注）署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221（代）

[illegible]

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西曆 2020 年 / 月 20 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師： 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西曆 2020 年 1 月 24 日

患者氏名： 山田 太郎

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄：

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 2 月 20 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 2 月 28 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（☒にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 2 月 4 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 2 月 4 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2022 年 3 月 15 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師： 植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 3 月 15 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 4 月 29 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 4 月 29 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____

（配偶者・親権者・その他の親族）

続柄： _____

（注）署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221（代）

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020年 5月 6日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020年 5月 6日

患者氏名：

同席者または代諾者：
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄：

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
膣断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（☒にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 5 月 30 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 5 月 30 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 6 月 10 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 6 月 10 日

患者氏名： アベリル

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 7 月 26 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師： 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 7 月 26 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
腔断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 8 月 9 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 8 月 9 日

患者氏名：

同席者または代諾者：

（配偶者・親権者・その他の親族）

続柄：

（注）署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221（代）

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 9 月 12 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 9 月 12 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
腔断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 10 月 19 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 10 月 19 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
腔断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 11 月 5 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 11 月 5 日

患者氏名： _____

同席者または代諾者： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

--

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
陰断端田靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西曆 2020 年 11 月 13 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西曆 2020 年 11 月 13 日

患者氏名：

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄：_____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
脛断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2020 年 12 月 13 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師： 柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2020 年 12 月 13 日

患者氏名：

同席者または代諾者：

（配偶者・親権者・その他の親族）

続柄：

（注）署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221（代）

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
腔断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2022 年 2 月 28 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：植沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2022 年 2 月 28 日

患者氏名：

同席者または代諾者：

（配偶者・親権者・その他の親族）

続柄：

（注）署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221（代）

手術、臨床研究に関する同意書

手術名：腹腔鏡下子宮、両側付属器摘出術、
腔断端円靱帯吊り上げ術

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性
- ☒ 3. 手術の具体的方法
- ☒ 4. 麻酔の有無と方法
- ☒ 5. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 手術関連死亡率
- ☒ 9. 予後死亡率
- ☒ 10. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 11. 輸血の可能性
- ☒ 12. 診断・治療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
- ☒ 13. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 14. 採取した臓器・組織・標本の当院への寄付および研究目的での使用
- ☒ 15. その他

以上、今回の手術について上記（☐にチェックした）項目を説明しました。

西暦 2021 年 3 月 1 日

国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医師：楠沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施、臨床研究参加に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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同意いたします。

西暦 2021 年 3 月 1 日

患者氏名： 楠沼 敏行

同席者または代諾者： _____
(配偶者・親権者・その他の親族)

続柄： _____

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。

学校法人 国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院 TEL0287-37-2221 (代)