

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.1.11 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021/1/11 _____

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.2.5 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021/2/5

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.3.5 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021/3/5

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.4.10 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021.4.10.

患者様氏名: _____ ⑧

同席者または代諾者: _____ ⑧ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.4.10 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021.4.10 _____

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.5.10 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021.5.10

患者様氏名: _____ ⑧

同席者または代諾者: _____ ⑧ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.6.13 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021.6.13 _____

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2021.7.7

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2021.7.7

患者様氏名:

㊞

同席者または代諾者:

㊞

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.8.7 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021.8.7

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2022.6.

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2022.6.1

患者様氏名:

⑩

同席者または代諾者:

⑩

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022. 6. 12 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022. 6. 12

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/3 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022/3/3 _____

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/4 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022/3/4 _____

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/4 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022.3.4 _____

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなしてください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名：血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症：発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/4 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医： 柿沼 敏行 立会者： _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022. 3 d

患者様氏名： _____ (印)

同席者または代諾者： _____ (印) 続柄： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/4 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022.3.4

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代... _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/4 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022. 3. 4.

患者様氏名: _____ ④

同席者または代諾者: _____ ④ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/5 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022/3/5 _____

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなしてください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/5 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022.3.5

患者様氏名: _____ (印)

同席者または代諾者: _____ (印) 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/6 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022. 3. 6

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代印者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/6 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022.3.6

患者様氏名: _____ ⑩

同席者または代諾者: _____ ⑩ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022/3/7 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022. 3. 7

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなしてください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2021/1/30

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2021.1.30

患者様氏名:

⑩

同席者または代諾者:

⑩

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2021. 8. 7

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2021. 8. 7

患者様氏名:

㊞

同席者または代諾者:

㊞

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021/5/6 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021. 5. 6 _____

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021/6/12 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021. 6. 12 _____

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2021/9/10

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2021. 9. 10

患者様氏名:

⑦

同席者または代諾者:

⑧

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2021.11.5

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2021.11.5

患者様氏名:

②

同席者または代諾者:

②

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2021.10.5 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2021.10.5 _____

患者様氏名: _____ (印)

同席者または代諾者: _____ (印) 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症: 発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2022.1-8

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医:

柿沼 敏行

立会者:

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2022.1-8

患者様氏名:

㊞

同席者または代諾者:

㊞

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022.3.4 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022.3.4

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名: 血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症:発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

西暦 2022.5.8 国際医療福祉大学病院 産婦人科

担当医: 柿沼 敏行 立会者: _____

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦 2022.5.8

患者様氏名: _____ ㊞

同席者または代諾者: _____ ㊞ 続柄: _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注)署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

処置・検査に関する同意書

処置・検査名：血液検査

*ご説明の内容

- ☒ 1 目的、現在の症状・病名など
- ☒ 2 具体的な方法
- ☒ 3 麻酔の有無と方法
- ☒ 4 起こりうる合併症：発症頻度とその治療方法
- ☒ 5 状況に応じた内容変更の可能性
- ☒ 6 実施中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 7 採取した組織の診断を目的とした標本の作製、処理
- ☒ 8 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
- ☒ 9 その他

以上、私は今回の処置・検査について上記(口にチェックした)項目を説明しました。

西暦

2022. 5. 3

国際医療福祉大学病院

産婦人科

担当医：

柿沼 敏行

立会者：

私は、今回の処置・検査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その実施に同意します。なお処置・検査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同意いたします。

西暦

2022. 5. 3

患者様氏名：

印

同席者または代諾者：

印

続柄：

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年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。

国際医療福祉大学病院