

Informed consent statement

ESPS manuscript No: 03726968

Title: Recurrent renal cell carcinoma leading to a misdiagnosis of polycystic liver disease: A case report

Written informed consent was obtained from patient.

The format of consent form is shown as the following 2 pages:

カルテ保存用

性別: 女性

筑波大学附属病院への試料・情報提供についての同意書

筑波大学附属病院長 殿

私は筑波大学附属病院への試料・情報提供について、説明文書（様式 2）及び口頭で説明いたしました。

平成 28 年 6 月 8 日

説明者 所属（診療グループ） 腎臓外科 氏名（自署）

私は説明を受けて内容を理解した上で、筑波大学附属病院に試料・情報を提供し、研究利用されることに同意します。

平成 28 年 6 月 8 日

患者または代諾者（本人との関係） 氏名（自署）

*** 該当する場合のみ**

同意の内容について制限がある場合は以下にもご記入下さい
（特になければ記入の必要はありません）

私は筑波大学附属病院への試料・情報提供について説明を受け、以下の項目のみ同意をいたします。記入のない項目に関しては、診療以外の目的で試料・情報を使用しないようお願いいたします。

(1) 試料提供について
☐ 全て可 ☐ 組織のみ可 ☐ 血液のみ可 ☐ その他（ ）

(2) 情報提供について
☐ 全て可 ☐ これまでの情報のみ可 ☐ その他（ ）

(3) 研究について
☐ 全て可 ☐ 遺伝子解析以外は可 ☐ その他（ ）

(4) 上記以外

平成 年 月 日

患者または代諾者（本人との関係） 氏名（自署）

問い合わせ先
筑波大学附属病院 病理科
Tel/Fax: 029-853-3715 担当: 竹内
(平成25年8月作成)

(手術及び病理・細胞診標本の取り扱いに関する説明・同意書)

患者,

西曆 年

手術予定日: 平成 28 年 6 月 8 日 , 未定

- 私は、今回の手術について上記の全項目を説明いたしました。

診療科名 消化器外科

同意した日 平成 22 年(西暦 2010 年) 6 月 8 日

患者姓名 _____ 印 _____

患者姓名 _____ 印 _____

保護者または

代諾者氏名 _____ 印 _____

(患者と同一住所でない場合は必要。ただし、患者さん用は省略可。)

注意:氏名の欄は本人が自署してください。ただし、未成年者または本人が署名できないときは、保護者または代訴者が自署してください。自署であれば押印は必要ありません。

March. 4. 2019

Chen Liang