

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 11 月 1 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 4 月 1 日

担当医師（署名） 木下 伸一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 4 月 1 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

番 号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 4 月 1 日

担当医師（署名） 木石 他一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 5 月 12 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 5 月 12 日

担当医師（署名） 木村 伸一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 5 月 12 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 5 月 12 日

担当医師（署名） 木市伸一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 5 月 15 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 5 月 15 日

担当医師（署名） 木南 伸一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 5 月 18 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 5 月 18 日

担当医師（署名）

木南 健一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 6 月 8 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 6 月 8 日

担当医師（署名） 木村 伸一

- ☐ 臨床試験治験センター保管用
☐ 診療科控
☐ 被験者控

金沢医科大学長

SNNS-8

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 7 月 3 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 7 月 3 日

担当医師（署名） 木南 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 7 月 3 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 7 月 3 日

担当医師（署名）

ヒロキ

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 8 月 6 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 8 月 6 日

担当医師（署名）

上田 昌彦

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

- ☐ 臨床試験治験センター保管用
☐ 診療科控
☐ 被験者控

金沢医科大学長

SXNS-11

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 9 月 30 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 9 月 30 日

担当医師（署名） 木下 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

- ☐ 臨床試験治験センター保管用
☐ 診療科控
☐ 被験者控

金沢医科大学長

SNNS-12

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の有効性と安全性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 11 月 13 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 25 年 11 月 13 日

担当医師（署名） 木南 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 25 年 12 月 18 日

患者氏名（署名） 

住 所 

電話番号  携帯番号 

上記内容について説明致しました

平成 25 年 12 月 18 日 担当医師（署名） 

金沢医科大学長

SNNS-14

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 26 年 1 月 10 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号 090 2/281356

上記内容について説明致しました

平成 26 年 1 月 10 日

担当医師（署名） 木下 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日： 2013 年 1 月 8 日 （第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 26 年 1 月 15 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号 090-9168-1416

上記内容について説明致しました

平成 25 年 1 月 15 日

担当医師（署名） 木村 伸一

0060143

142.1

(35) 8w

金沢医科大学長

- ☐ 臨床試験治験センター保管用
☐ 診療科控
☐ 被験者控

SNNS-16

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 26 年 2 月 1 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 26 年 2 月 1 日 担当医師（署名） 本石 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 26 年 6 月 3 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 26 年 6 月 3 日

担当医師（署名） 木南 伸一

金沢医科大学長

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 26 年 6 月 15 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 26 年 6 月 15 日

担当医師（署名） 木下 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日： 2013 年 1 月 8 日 （第 1 版）

- ☐ 臨床試験治験センター保管用
☐ 診療科控
☐ 被験者控

金沢医科大学長

SNNS-19

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 26 年 11 月 24 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 26 年 11 月 24 日

担当医師（署名）木南 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日： 2013 年 1 月 8 日 （第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成27年2月24日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成27年2月24日

担当医師（署名） 柿 伸一

- ☐ 臨床試験治験センター保管用
☐ 診療科控
☐ 被験者控

金沢医科大学長

SNKS-21

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 27 年 4 月 6 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 27 年 4 月 6 日

担当医師（署名）

本石 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日： 2013 年 1 月 8 日 （第 1 版）

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 27 年 5 月 11 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 27 年 5 月 11 日

担当医師（署名） 木村 伸一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 27 年 5 月 23 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 27 年 5 月 22 日

担当医師（署名）

木村 伸一

金沢医科大学長

SNN5-24

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 27 年 7 月 22 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 27 年 7 月 22 日

担当医師（署名） 木南 伸一

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 27 年 9 月 30 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号 携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 27 年 9 月 30 日

担当医師（署名） 本 野 伸 一

TEL 333342

病棟 8東

がん研 288 早期胃癌 SNNS

金沢医科大学長

(印)
☐ 臨床試験治験センター保管用
☒ 診療科控
☐ 被験者控

SNNS-26

臨床研究参加同意書

このたび、「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節誘導手術の安全性と有効性の検証」の臨床試験に参加するにあたり、担当医師から下記の内容について十分に説明を受け、納得いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。なお、説明された説明文書・同意書を受け取りました。

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. 臨床試験とは | 8. 試験参加に伴う費用の負担について |
| 2. あなたの病気（症状）について | 9. プライバシーの保護について |
| 3. 今回の臨床試験の目的について | 10. 試験結果の帰属について |
| 4. 試験の方法について | 11. 試験への参加が中止となる場合について |
| 5. 予想される効果および副作用 | 12. あなたに守っていただきたいことについて |
| 6. 他の治療法について | 13. 利益相反について |
| 7. 健康被害が発生した場合について | 14. 問い合わせ先 |

平成 27 年 12 月 24 日

患者氏名（署名）

住 所

電話番号

携帯番号

上記内容について説明致しました

平成 27 年 12 月 24 日

担当医師（署名） 柿 伸一

同意説明文書 金沢医科大学病院 一般・消化器外科

作成日：2013 年 1 月 8 日（第 1 版）

同 意 書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

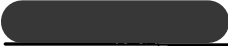
- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成 21 年 10 月 26 日

氏 名 

説明者名 木村 伸一

289711

寺西辰男

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 洋一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: 

平成21年11月12日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木而佳一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本仲 一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☐ 研究の概要
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☐ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☐ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

(はい) ・ いいえ 署名: _____

平成 21 年 11 月 14 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木下伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ☐ いいえ 署名： 

平成21年12月14日

氏名 

説明者名 木下 一 郎

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本町やー から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい・いいえ 署名: _____

平成22年 1 月 24日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 柳中一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 木下 伸一

平成 22 年 3 月 14 日

氏 名 木下 伸一

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： [署名]

平成22年 3月 17日

氏名 [署名]

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 博一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい・いいえ 署名: _____

平成22年 3月31日
氏名

説明者名 木匠 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木石 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成22年 8 月18 日

氏 名 

説明者名 木石 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木戸 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☐ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解した項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

(はい)

・ いいえ

署名：

平成22年 8 月 24 日

氏 名

説明者名 木戸 伸一

$\gamma(100)$

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木高 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

☒ 研究の概要

□ 研究の意義・目的について

☒ 研究の方法について

☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法

㊦ 予想される結果（利益・不利益）について

☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について

☒ 個人情報保護について

☒ 研究成果の公表について

☒ 費用について

☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名:

平成 22 年 10 月 25 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木野伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 木村 伸一

平成 22 年 10 月 31 日

氏 名 木村 伸一

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名： [REDACTED]

平成 22 年 11 月 22 日

氏 名 [REDACTED]

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 太田 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☑ 研究の概要
- ☑ 研究の意義・目的について
- ☑ 研究の方法について
- ☑ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☑ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☑ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☑ 個人情報保護について
- ☑ 研究成果の公表について
- ☑ 費用について
- ☑ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい) ・ いいえ

署名：

平成23年10月24日

氏 名

説明者名 木匠一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木内 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい • いいえ 署名:

平成 22 年 12 月 19 日

氏 名 [REDACTED]

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 佐々木 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☑ 研究の概要
- ☑ 研究の意義・目的について
- ☑ 研究の方法について
- ☑ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☑ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☑ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☑ 個人情報保護について
- ☑ 研究成果の公表について
- ☑ 費用について
- ☑ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい / いいえ 署名: _____

平成24年 8 月20 日

氏 名

説明者名 末印伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木戸伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成 24 年 9 月 4 日

氏 名 

説明者名 木戸伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 大西敏雄 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ いいえ 署名: _____

平成24年 9 月20日

氏 名 [REDACTED]

説明者名 大西 敏雄

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木南 ゆー から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成 22 年 11 月 30 日

氏 名 

説明者名 木南 ゆー

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木石 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成 22 年 12 月 7 日

氏 名 

説明者名 木石 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木戸伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名： [REDACTED]

平成 23 年 4 月 13 日

氏 名 [REDACTED]

説明者名 木戸伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木南 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成 23 年 6 月 15 日

氏 名  _____

説明者名 木南 伸一 _____

同意書

金沢医科大学長 殿

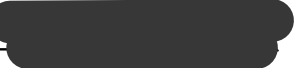
私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本町伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成 23 年 6 月 21 日

氏 名 

説明者名 本町伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 木下 伸一

平成 23 年 6 月 26 日

氏 名 木下 伸一

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本多 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名 

平成 23 年 7 月 2 日

氏 名 

説明者名 本多 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 末布 一、から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☑ 研究の概要
- ☑ 研究の意義・目的について
- ☑ 研究の方法について
- ☑ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☑ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☑ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☑ 個人情報の保護について
- ☑ 研究成果の公表について
- ☑ 費用について
- ☑ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: _____

平成 23 年 7 月 25 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木市伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい

☐ いいえ

署名：

平成 23 年 9 月 10 日

氏 名

説明者名

木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本石 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: [Redacted]

平成 23 年 9 月 23 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木村伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目 (□内にご自身でレを付けてください)

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい • いいえ 署名:

平成 23 年 10 月 12 日

氏 名

説明者名 木村伸一

書 意 同

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本和伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☑ 研究の概要
- ☑ 研究の意義・目的について
- ☑ 研究の方法について
- ☑ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☑ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☑ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☑ 個人情報の保護について
- ☑ 研究成果の公表について
- ☑ 費用について
- ☑ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: _____

平成 23 年 10 月 29 日

氏 名

説明者名 本石伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木石 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☐ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名 [redacted]

平成 23 年 11 月 21 日

氏 名 [redacted]

説明者名 木石 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

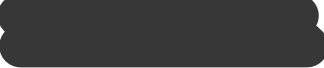
私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成23年 11 月 28 日

氏 名 

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 佐野 一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい • いいえ 署名

平成 23 年 12 月 12 日

氏 名

説明者名 木南伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい・いいえ 署名: _____

平成23年 12月15日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☑ 研究の概要
- ☑ 研究の意義・目的について
- ☑ 研究の方法について
- ☑ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☑ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☑ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☑ 個人情報の保護について
- ☑ 研究成果の公表について
- ☑ 費用について
- ☑ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: _____

平成 23 年 12 月 20 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木下伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: 

平成24年 1 月 7 日

氏 名

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 健一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☐ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☐ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名 木下 健一

平成 24 年 2 月 15 日

氏 名 木下 健一

説明者名 木下 健一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい

・ いいえ

署名：

平成 24 年 2 月 27 日

氏 名

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木市 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成24年 3 月 17 日

氏 名 

説明者名 木市 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ

署名：

平成 24 年 3 月 25 日

氏 名

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木戸 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名: _____

平成24年 3 月 31 日

氏 名

説明者名 木戸伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します

はい ・ いいえ 署名： [REDACTED]

平成24年 6 月 22 日

氏 名 [REDACTED]

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木野代 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 木野代 一 郎

平成 24 年 6 月 10 日

氏 名 木野代 一 郎

説明者名 木野代 一 郎

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： 

平成24年 7 月 29 日

氏 名 

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名： [redacted]

平成 24 年 4 月 1 日

氏 名 [redacted]

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 大西 敏雄 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します

はい ・ いいえ 署名： [REDACTED]

平成24年 9月 10日

氏 名 [REDACTED]

説明者名 大西 敏雄

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目 (□内にご自身でレを付けてください)

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

(はい) • いいえ 署名:

平成24年 9 月 15 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木村 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名 

平成 24 年 10 月 6 日

氏 名 

説明者名 木村 一 郎

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 杉原 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい・いいえ 署名: _____

平成 24 年 10 月 8 日

[illegible]

説明者名 木村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木下 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（口内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☐ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☐ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名 

平成 24 年 10 月 28 日

氏 名 

説明者名 木下 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 木田 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい

・ いいえ

署名：

平成 24 年 11 月 4 日

氏 名

説明者名

木田 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 中村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい ・ ☐ いいえ 署名： [Redacted Signature]

平成24年12月4日

氏名 [Redacted Name]

説明者名 中村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本村 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目 (□内にご自身でレを付けてください)

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

はい ・ いいえ 署名:

平成 25 年 1 月 10 日

氏 名 XXXXXXXXXX

説明者名 木石 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 本村 伸一 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☐ 研究の意義・目的について
- ☐ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☐ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☐ 費用について
- ☐ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

☒ はい

☐ いいえ

署名：

平成 25 年 1 月 28 日

氏 名

説明者名

本村 伸一

同意書

金沢医科大学長 殿

私は、今回の臨床研究（研究課題：ICG 蛍光法、もしくは、ICG 蛍光・RI 併用法を用いた胃癌センチネルリンパ節生検法の開発）について、説明者 杉本 一 郎 から説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分に理解しました。

説明を受けた項目（□内にご自身でレを付けてください）

- ☒ 研究の概要
- ☒ 研究の意義・目的について
- ☒ 研究の方法について
- ☒ 現時点での標準的あるいはその他の治療法
- ☒ 予想される結果（利益・不利益）について
- ☒ 研究協力の任意性と撤回の自由について
- ☒ 個人情報の保護について
- ☒ 研究成果の公表について
- ☒ 費用について
- ☒ 問い合わせ等の連絡先

説明を受け理解された項目の全てにレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○をつけ、署名してください。

提供する情報が臨床研究に使用されることに同意します。

(はい) ・ いいえ 署名: _____

平成25年 3 月14 日

氏 名

説明者名 木下伸一