

同意書

産業医科大学若松病院

病院長 殿

課題名：（腹部手術における腹腔鏡を併用した超音波による腹壁神経ブロックの有効性の検証について）

わたしは、（腹部手術における腹腔鏡を併用した超音波による腹壁神経ブロックの有効性の検証について）に関する以下の事項について説明を受けました。

（説明を受けた下記項目にチェックをお願いします）

☒①治療の目的及び期間

☒②治療の内容

☒③期待される治療の効果

☒④起こりうる副作用

☒⑤健康被害に対する補償

☒⑥治療時の留意事項

☒⑦治療に関する費用

☒⑧自由意思の尊重（治療の開始前・開始後に関わらず同意をいつでも撤回でき、撤回しても何ら不利益を受けないこと）

☒⑨個人情報の取り扱い（プライバシーの保護に最大限配慮すること）

☒⑩診療実施者

☒⑪連絡先

これらの事項について確認したうえで、この治療を受けることに同意します。

平成28年9月12日

患者署名または記名・押印

松次 裕

本治療に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

説明者 職名・氏名

医師 永田 淳

連絡先 場所・電話番号 北九州市若松区浜町 1-17-1 / 093-761-0090

責任者 職名・氏名 産業医科大学若松病院 消化器・一般外科 修練指導医 永田 淳