



(病院用)

化学療法・化学放射線療法に関する同意書

診療券番号：

患者氏名：

様

生年月日：

説明日：2020年5月21日

診療科名：腫瘍内科

説明医師名：

上井 綾子

(主治医・自署)

説明医師名：

(自署)

病名 大腸癌

治療名 TS-1+アバスチン、動脈塞栓術

説明内容

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> この治療により期待される効果 | <input type="checkbox"/> 看護師による穿刺 |
| <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療に伴う重篤な副作用について | <input type="checkbox"/> 看護師・薬剤師より説明 |
| <input type="checkbox"/> 費用について | <input type="checkbox"/> 病名、病状に関すること |
| <input type="checkbox"/> 他の治療法の有無とその内容 | <input type="checkbox"/> 治療のスケジュール |
| <input type="checkbox"/> 治療中止の自由 | <input type="checkbox"/> 特定生物由来製品の投与、危険性 |
| <input type="checkbox"/> 質問の自由 | |

聖マリアンナ医科大学病院 病院長殿

私は、説明された内容を十分に理解のうえ、化学療法・化学放射線療法を受けることに同意致します。

同意された日：2020年5月21日

患者ご本人の氏名： (自署)

家族など代理人氏名： (自署)

(患者との続柄)：法定代理人 / 親権者 / 後見人 / ()

(ご本人が署名できない場合の理由)

記載者サイン：

この治療に関連して得られた情報は、医療の向上や医療従事者の教育を目的として学会や医学雑誌などに公表されることがありますが、あなたの名前などの個人情報は一切分らないようにし、プライバシーは守ります。同意されない場合はチェックを入れてください。

☐ いかなる場合でも公表に同意致しません。