

ID :

患者氏名 :

生年月日 :

性別 : 女

## 手術に関する同意書

手術名: 子宮鏡下筋腫核出術、子宮内膜焼灼術

予定日時: 年 月 日

### ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性和予想される治療成績
- ☒ 3. 麻酔の有無と方法
- ☒ 4. 手術以外の方法（経過観察を含む）とその比較
- ☒ 5. 手術の具体的方法
- ☒ 6. 起こりうる合併症：発生頻度とその治療方法
- ☒ 7. 手術による身体・機能の喪失と対策
- ☒ 8. 状況に応じた手術内容変更の可能性
- ☒ 9. 輸血の可能性
- ☒ 10. 診断・治療を目的とした術中の映像記録・撮影とプライバシーの保護
- ☒ 11. 切除した臓器・組織の診断を目的とした撮影・記録・標本の作製、処理
- ☒ 12. 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
- ☒ 13. その他

以上、今回の手術について上記（□にチェックした）項目を説明しました。

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

柿沼 敏行

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の手術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手術の実施に同意します。なお手術中に緊急の処置を行な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

年 月 日

住 所 :

患者氏名 :

印

印 続柄

同席者または代諾 :

(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、未成年者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。

学校法人 国際医療福祉大学  
国際医療福祉大学病院