

ID :

患者氏名 :

生年月日 :

性別 :

様

手術に関する同意書

手術名: 子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術

予定日時: 2016 年

1 月



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。

2016/1/12

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

田川 実紀

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 2016 年

1 月 17 日

住 所 :

患者氏名 :

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の

(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

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 :

手術に関する同意書

手術名: 子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術、子宮内膜焼灼術

予定日時: 2016 年

1 月

26 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。

2016/1/25

国際医療福祉大学病院

診療科 :

産婦人科

担当医師 :

田川 実紀

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 2016 年

1 月 25 日

住 所 :

患者氏名 :

同席者または代諾 :

(配偶者・親権者・その他の親

(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

ID:

患者氏名:

生年月日:

性別:

様

手術に関する同意書

手術名: 子宮鏡下内膜ポリープ摘出術、子宮内膜焼灼術

予定日時: 2016 年

2 月

22 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。

2016/2/1

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 2016年

2 月

21 日

住 所:

患者氏名:

阿部 昌子 氏

(配偶者・親権者・その他の親

夫

(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

ID :

患者氏名 :

様

生年月日 :

性別 :

手術に関する同意書

手術名: 子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術、子宮内膜焼灼術

予定日時: 2016 年 3 月 14 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。
2016/3/13

国際医療福祉大学病院

診療科:

産婦人科

担当医師:

田川 実紀

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 2016 年 3 月 13 日

住 所 :

患者氏名 :

同居者または代諾 :
(配偶者・親権者・その他)

(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

ID:

患者氏名:

様

生年月日:

性別:

手術に関する同意書

手術名: 子宮鏡下筋腫核出術、内膜焼灼術

予定日時: 2016 年

4 月

18 日

ご説明の内容

- ☒ 1. 病名および病状の説明
- ☒ 2. 手術の必要性と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。

2016/4/17

国際医療福祉大学病院

診療科:

産婦人科

担当医師:

田川 実紀

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 2016 年

4 月 18 日

住 所:

患者氏名:

同意者（配偶者・親権者・その他の親族）

（配偶者・親権者・その他の親族）

夫

（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