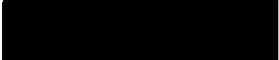
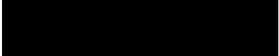
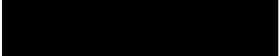


ID :   
患者氏名 :  様  
生年月日 :   
性別 : 

# 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

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

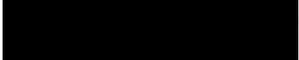
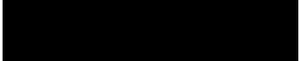
住所：

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。  
2016/1/25

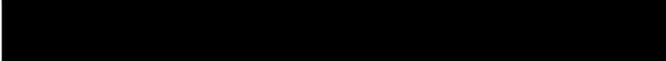
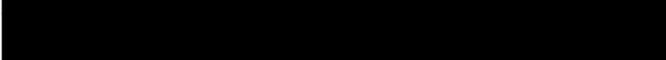
国際医療福祉大学病院

診療科： 産婦人科 担当医師： 田川 実紀

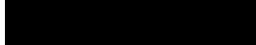
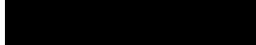
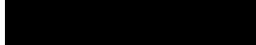
国際医療福祉大学病院 病院長殿

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。

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。  
2016/2/1

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：

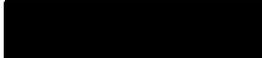
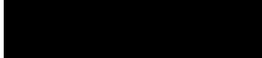
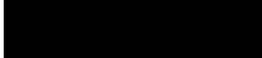
患者氏名：

医師  
（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。  
2016/3/13

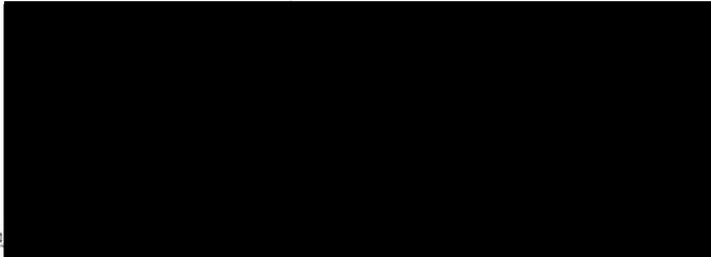
国際医療福祉大学病院

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

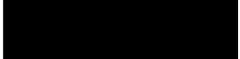
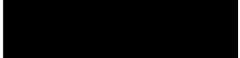
住所：

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

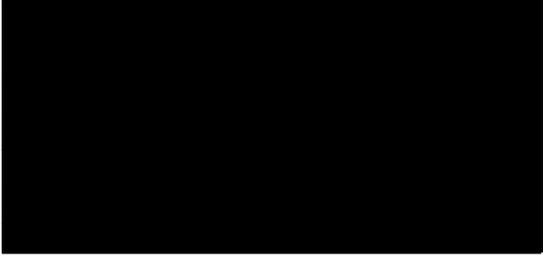
私は、今回の手術を受けるにあたり担当医師から上記の説明を受け、理解し納得しましたので手術の実施に同意します。なお手術中に緊急の処置を行なう必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

西暦 2016 年 4 月 18 日

住 所 :

患者氏名 :

四角印を捺印する  
者  
(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