　　　　　　　　　　　　　　　　　IVR治療に関する同意書

IVR治療を目的として当院放射線診断科を受診されるにあたり、下記の事項をご理解頂き、本同意書にご署名ください。

1. 当院にて直接診察、検査させて頂いた上で、最適の治療法を提案させて頂きます。その結果、予定されていた治療内容を変更させて頂く場合や、IVR治療を行えない場合もあります。
2. IVR治療後は速やかに紹介元の病院にお戻り頂きます。
3. 当院の性質上、現在行っているIVR治療の中にはきちんとした治療効果が証明されておらず、臨床試験を行ってその有効性を検証している場合があります。その臨床試験の適格条件に合致している場合には、臨床試験への参加をお願いする場合があります。

国立がん研究センター中央病院　病院長殿

上記内容を理解し、同意の上、貴院でのIVR治療を希望します。

平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日

住所　：

電話番号　：

名前　：　　（患者氏名）

　　　　　　　　　　（代諾者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）