

## 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いただきます。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) \_\_\_\_\_