

しきゅうけいがん
子宮頸癌（ⅠA2期以上）に対して

[ふくしき 腹式（開腹） ・ ふくくうきょうか 腹腔鏡下] *いずれかを○で囲む	
* 該当する術式に☑ 複数選択可	
☐ [こうはん 広汎 ・ じゅんこうはん 準広汎] (いずれかを○で囲む)	しきゅうぜんてきしゅつじゅつ 子宮全摘出術
☐ こつばん 骨盤リンパ節郭清術 せつかくせいじゅつ を含む	
☐ りょうそくふ そく き 両側付属器（卵巣・卵管） てきしゅつじゅつ 摘出術	または ☐ りょうそくらんかんてきしゅつじゅつ 両側卵管摘出術
☐ ぼうだいていどうみゃく 傍大動脈リンパ節郭清術	
☐ その他 [] (上記以外の術式を記入)	

を受けられる患者さんへ（輸血同意書含む）

診断：子宮頸癌 _____ 期（組織型：_____）

この説明書は、子宮頸癌（ⅠA2期以上）に対する手術治療について説明したものです。わからない言葉や、疑問、質問、もう一度聞きたいことなどがありましたら、担当医師がお答えしますので、遠慮せずに質問してください。

私たちは、患者さん一人ひとりに最も合った治療を行いたいと考えています。そのためには、患者さんご自身の「治療を受けることで、どういう生活を希望するか」「何が大事か、何をよしとするか」を聴かせていただく必要がありますので、あなたのお考えを、担当医師にお伝えください。

説明を受けられましたら、「同意書」に署名をお願いいたします。

1. しきゅうけいがん 子宮頸癌について

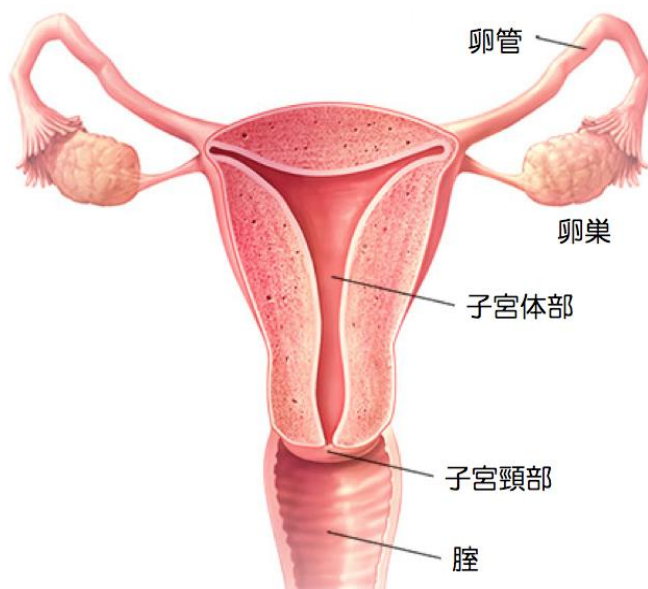
① 子宮頸癌が発生する場所と症状

子宮は入口部分の「頸部」と奥の「体部」に分かれ、癌も発生した場所によって「子宮頸癌」と「子宮体癌」とに分けられます。一般的に「子宮がん」とひとくくりにされることがありますが、この二つの癌は原因、種類、好発年齢、が異なり、治療法も違います。子宮頸癌のほとんどは、子宮頸部の内腔に面した粘膜上皮から発生します。

初期の子宮頸癌では症状が全く無いケースが多く、子宮頸癌検診（子宮頸部細胞

診検査）で発見されます。病変部が大きくなると、不正性器出血や性行為の時の出血、帯下（おりもの）の異常などの症状が出てきます。

30 歳～40 歳代の比較的若い年代の女性に発生のピークが見られます。



② 子宮頸癌の原因

子宮頸癌の原因は、その 90% 以上がヒトパピローマウイルス（Human papillomavirus : HPV）による感染と考えられています。150 種類以上ある HPVのうち、一部の高リスク型 HPV が子宮頸癌の原因になることが判っており、子宮頸部の粘膜上皮細胞が高リスク型 HPV に感染した状態が長期間（数年）続くと、異常な細胞が上皮の中で増えていきます。これが「上皮内腫瘍（CIN）」や「上皮内腺癌（AIS）」で、子宮頸癌の手前の状態である「前癌病変」です。

さらに、異常細胞が上皮と間質との境界線である基底膜を越えて深く侵入し、間質側に広がったものを「浸潤癌」といい、これがいわゆる子宮頸癌です。

浸潤癌になると、リンパ節や他の臓器への転移を起こす可能性が出てきます。そのため、子宮とその周囲の組織や、リンパ節も含めて切除する手術、あるいは放射線治療が必要となります。

しかし、子宮頸癌のすべてが HPV 感染が原因というわけではなく、患者さんの約 5% は、HPV 感染がなく発生しています。

③ 子宮頸癌の分類；組織型

「子宮頸癌」は、その癌細胞の種類（「組織型」といいます）によって更に分類されます。この組織型が、病気の進行の速度、転移のしやすさ、各種治療への反応性、生存率に関連し、治療方針を決めるのに大事な情報となります。

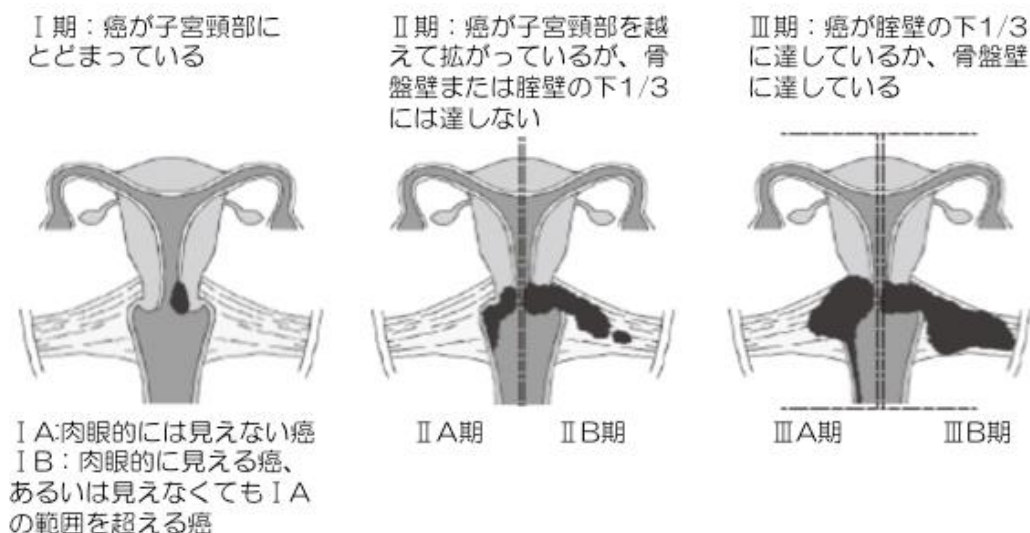
主な組織型とその頻度は以下のとおりです。

- (1) 扁平上皮癌：子宮頸癌の約 73%
- (2) 腺癌：子宮頸癌の約 20～25% 扁平上皮癌と比べて予後が不良
 - i 通常型内頸部腺癌：腺癌の 60～70%
 - ii 粘液性癌
胃型粘液性癌：腺癌の 20～25%、悪性度が高い
腸型粘液性癌、印鑑細胞型粘液性癌
 - iii 特殊型腺癌
類内膜癌（5%未満）、明細胞癌（まれ）、漿液性癌（まれ）など
- (3) その他の上皮性腫瘍
腺扁平上皮癌（子宮頸癌の 3.8%） など
- (4) 高異型度神経内分泌癌：子宮頸癌の 1.5%、進行が早く難治性
小細胞神経内分泌癌、大細胞神経内分泌癌

④ 子宮頸癌の進行期分類（病期、ステージ）

「進行期分類」、「病期（ステージ）」とは癌の進行の程度を示すものです。

- 病変の大きさ（肉眼で見えるか？ 4cm より大きいか小さいか？）
 - 病巣が子宮頸部にとどまっているか？側方（子宮傍組織）や腔壁に広がっているか？ その程度は？
 - 膀胱や直腸への広がり、遠隔臓器（肝臓や肺など）への転移はあるのか？
- により分類されます。



IVA期：癌が膀胱や直腸の
粘膜に浸潤している

IVB期：癌が小骨盤腔（恥骨と仙骨
の間の空間）を越えて広がっている



子宮頸癌の臨床進行期分類（日産婦 2011, FIGO 2008）

I 期	癌が子宮頸部にとどまっている		
	I A 期	肉眼では見えない癌	
		I A 1 期	浸潤が深さ 3mm 以内で、広がりが 7mm を越えないもの
		I A 2 期	浸潤が深さ 3mm を越えるが 5mm 以内で、広がりが 7mm を越えないもの
	I B 期	肉眼的に見える癌、または、肉眼で見えないが I A 期を越えるもの	
		I B 1 期	病巣が 4cm 以下
		I B 2 期	病巣が 4cm を越える
II 期	II A 期	癌が子宮頸部を越えて広がっているが、骨盤壁または腔壁下 1/3 には達していないもの	
		II A 1 期	病巣が 4cm 以下
		II A 2 期	病巣が 4cm を越える
	II B 期	子宮傍組織浸潤があるもの	
III 期	III A 期	腔壁浸潤は下 1/3 に達するが、子宮傍組織浸潤は骨盤壁に達しないもの	
	III B 期	子宮傍組織浸潤が骨盤壁に達している、あるいは水腎症や無機能腎がある	
IV 期	IV A 期	膀胱、直腸粘膜への浸潤がある	
	IV B 期	癌が小骨盤腔（恥骨と仙骨の間の空間）を越えて広がっている	

日本産科婦人科学会・日本病理学会編「子宮頸癌取扱い規約」第4版より、一部改変

2. 子宮頸癌の治療の方法

治療は、患者さんそれぞれの病状（がんの種類、がんのある場所や数、広がり具合）、年齢や全身の状態を考慮して、手術、放射線治療、化学療法（抗がん剤による治療）のうち、どの方法を主治療とするか選択します。

複数の治療を組み合わせることも多く、以下のような選択肢があります。

それぞれの治療には、利点と欠点がありますので、患者さんの病状やご希望を勘案して、最適と考える治療法を提案いたします。

- 手術のみ
- 放射線治療のみ
- 化学療法のみ
- 放射線治療と化学療法を同時に行う（同時化学放射線治療）
- 手術のあと、放射線治療
- 手術のあと、同時化学放射線治療
- 手術のあと、化学療法
- 化学療法を行い、手術をして、その後化学療法

A 手術療法（外科治療）

一般的に子宮頸癌Ⅰ期、Ⅱ期が手術療法の適応となります。子宮頸癌に対する手術では基本的に、子宮およびその周囲の支持組織や腔壁、リンパ節を切除します。進行期や組織型、年齢に応じて付属器（卵巣・卵管）を切除することもあります。

「妊娠する可能性を残したい」と強く希望される場合、病期や腫瘍の大きさ、組織型などにより適応が限定され、慎重な検討が必要ですが、「広汎子宮頸癌摘出術」という手術方法があります。詳細は担当医にお尋ねください。（この説明書には記載していません）

① 子宮摘出の方法

子宮摘出の方法には以下の3つの方法があります。進行期や組織型により、最適な摘出方法を決定します。

a) 単純子宮全摘術 たんじゅんしきゅうぜんてきじゅつ

子宮頸癌のうち、1A1期に限っておこなっています。手術前の情報で、リンパ管に癌細胞が侵入しているとわかっている場合は、骨盤内のリンパ節も切除（リンパ節郭清）します。子宮の輪郭に沿って、子宮周囲の組織を切除します。

b) 広汎子宮全摘術（骨盤内リンパ節郭清を含む） こうはんしきゅうぜんてきじゅつ

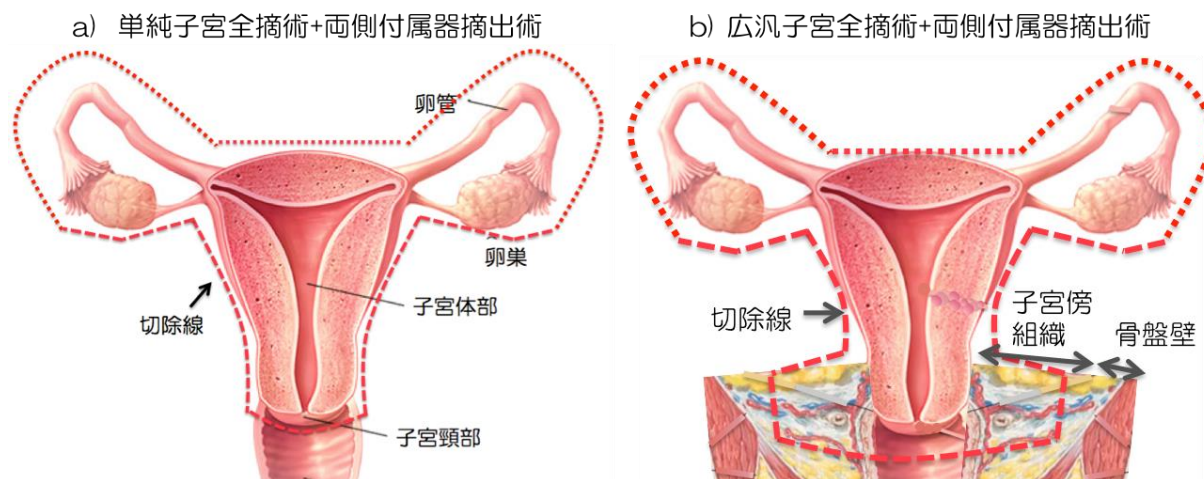
最も標準的な方法です。子宮と腔の一部を含めて、子宮頸部の外側にある子宮傍組織を骨盤壁近くまでの広い範囲で切除します。同時に骨盤リンパ節郭清もおこないます。

c) 準広汎子宮全摘術（骨盤リンパ節郭清を含む） じゅんこうはんしきゅうぜんてきじゅつ

基本的に 1A2期に限定しておこないます。また 1B 期で病巣の大きさが 2 cm以下

と小さい場合に、臨床試験として施行している場合もあります。（JCOG1101：詳細は担当医にお尋ねください）

a)とc)の中間の方法で、子宮と腔の一部を含めて、子宮傍組織の子宮に近い側の一部分を切除します。骨盤リンパ節郭清もおこないます。



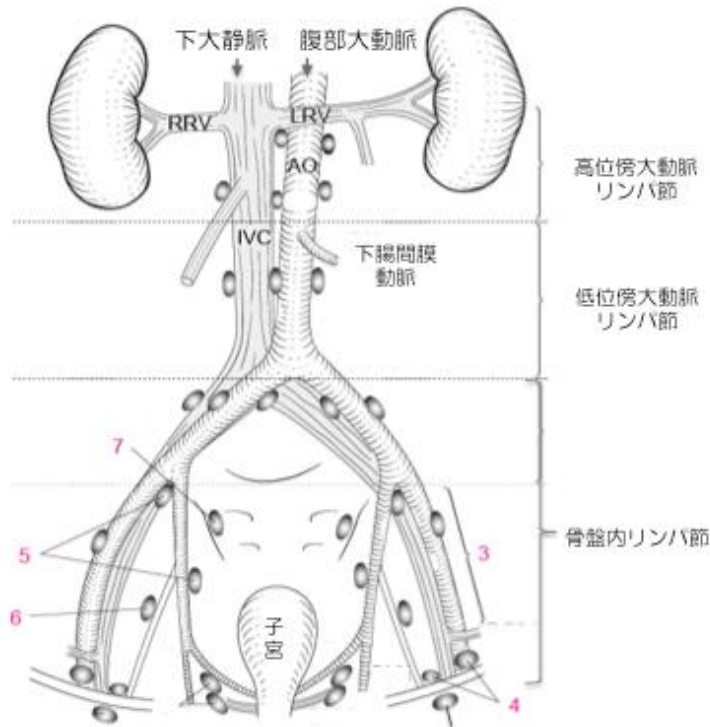
a) 単純子宮全摘術は、良性の子宮の病気でもおこなわれている手術方法で、合併症の頻度は少なく、比較的安全におこなえる方法です。一方、b) 広汎子宮全摘術は、病巣の周辺を広くとるため、手術操作の範囲が大血管、直腸、膀胱、尿管（腎臓から膀胱に尿を輸送する臓器）に近く、出血、近隣臓器の損傷、術後の排尿障害などの合併症の可能性が出てきます。詳細は「合併症について」を参照してください。

② リンパ節郭清について；^{かくせい}骨盤リンパ節と^{こつぱん}傍大動脈リンパ節^{ほうだいどうみゃく}

リンパ節は、血液と同じように全身を流れているリンパ液の関所のような機関です（図のまるい組織）。癌が、発生した部位から転移するときは、血液やリンパの流れに乗りますので、発生した部位のそばのリンパ節にがん細胞がいたり、転移の可能性がある場合は、リンパ節も切除します。これを「リンパ節郭清」といいます。

癌には、発生した部位によって、転移しやすいリンパ節（所属リンパ節）が決まっており、子宮頸癌の場合は、骨盤内の血管周囲に分布しているリンパ節です。これらを「骨盤リンパ節」と呼びますが、1A2期以上では、基本的に骨盤内リンパ節をひととおり切除します。

手術前より骨盤内リンパ節に転移があるとわかっている、あるいは手術中に転移がわかった場合、骨盤内リンパ節より上部にある、腹部大動脈に沿ったリンパ節（^{ほうだいどうみゃく}「傍大動脈リンパ節」）も郭清します。通常、下腸間膜動脈より足側の、低位傍大動脈リンパ節を郭清します。



③ ^{かいふく}開腹手術、^{ふくくうきょうか}腹腔鏡下手術、^{ろぼっとしえんかふくくうきょう}ロボット支援下腹腔鏡手術の選択

手術の方法は3種類あり、それぞれに利点欠点があります。腹腔鏡下手術と開腹手術のどちらの方法が適しているかは、一人ひとりの患者さんの病状、癌の根治性、再発リスクの低減を十分に検討して、提案いたします。

a) 開腹手術は標準治療として確立しています

1920年頃に子宮頸癌の手術治療が確立されて以降、現在に至るまで、開腹による手術が「標準治療」としておこなわれていました。

b) 腹腔鏡下手術の普及

一方、1990年頃より始まった腹腔鏡下手術は、主に良性の病気の手術でおこなわれてきましたが、その経験と、身体への負担が少ないというメリットを生かして癌の治療としても実施されるようになりました。

子宮頸癌については、日本では2014年に「先進医療」として、京大病院産婦人科を含む一部の医療機関で認可され、手術経験を重ねてきました。2018年4月より、子宮頸癌に対する腹腔鏡下手術が「保険適応」となり、より多くの患者さんに受けていただきやすい治療となりました。

腹腔鏡下手術によるメリットには、①出血量が減少し輸血の可能性が少なくなる、②傷が小さく術後の痛みが少ない、③術後の入院日数が少なく、早期に退院できる、④合併症が少なく身体への負担が小さい、⑤術後の日常生活への復帰が早い、などがあります。

その一方で、問題点として、腫瘍サイズが大きなものや腫瘍の位置によっては、切除する部位が病巣から十分に距離を取れずに治療が不十分となり、再発のリスクが残る可能性を指摘されています。このような場合には、開腹（腹式）手術を選択しています。

なお、腹腔鏡下手術には術者の技量と経験が不可欠です。京大病院産婦人科では、腹腔鏡下手術技術認定医と婦人科腫瘍専門医の協力体制により、子宮頸癌に対する腹腔鏡下手術をおこなっています。

c) ロボット支援下腹腔鏡手術

その他の低侵襲手術として「ロボット支援下腹腔鏡手術」という方法があります。2018年4月現在、日本では、子宮頸癌に対するロボット支援下腹腔鏡手術は保険適応ではなく、手術費用が全額自己負担となる「先進医療」、あるいは、その疾患に関わる医療費が全額自己負担となる「自費医療」です。

対象となる病状や金額などについてお聞きになりたい方は、医師にご相談ください。

④ 開腹手術と腹腔鏡下手術の実際の手順

a) 腹式（開腹）手術

原則的に下腹部から臍上約3cmまでの上腹部を縦に切っておこないます。創部の大きさはリンパ節郭清の範囲や病変の範囲によって変わります。

子宮の病変が大きい場合、病変が尿管や主要な血管と近接しすぎている場合、腹腔内の癒着が強いと予想される場合は合併症のリスクが増加するため、開腹手術の適応となります。

△ 利点：出血や他臓器損傷などの合併症が生じた時に迅速に対応しやすい。

▼ 問題点：創部が大きくなるため術後の回復に時間がかかる。術後癒着の頻度が高くなる。

b) 腹腔鏡下手術

へそ、左右の側腹部に上下2ヶ所ずつ、下腹部中央に5～20mmの切開をし、そこにトロッカーという筒状の装置を腹腔内に通し、炭酸ガスで腹腔内を膨らませます（気腹）。内視鏡カメラ、鉗子、電気メスをトロッカーに通して、腹腔内で手術操作をします。

通常、子宮は腔を通して摘出します。摘出するものが大きい場合は、創部の一つを4～5cm（それ以上のこともあります）まで切開を拡大し、癌細胞をお腹の中にこぼさないように摘出します。

△ 利点：創部が小さいため術後の回復が早く、入院期間が短い。

創部が目立たず、美容的に良い。腹腔内の癒着が開腹術よりも少ない。

▼ 問題点：子宮が大きい場合、強度の癒着がある場合は、腹腔鏡下での操作に難渋する

ことがあり、尿管、膀胱、血管などの他臓器損傷のリスクが高くなります。

また、気腹に伴う合併症が起こる可能性があります（皮下気腫形成、炭酸ガス塞栓など）。

＊ 腹腔鏡下手術を選択した場合でも、手術中の出血、お腹の中の癒着の程度、病変の摘出が困難、他臓器損傷の発生等の理由により、術者の判断で開腹手術に切り替えることがあります。

⑤ 付属器（^{ふそくき}卵巣・^{らんそう}卵管・^{らんかん}）の摘出について

卵管は、排卵された卵子を取り込んで受精卵を子宮に輸送する器官ですので、子宮を摘出すればその役割はなくなります。子宮摘出手術の際には卵管を切除しています。

卵巣については、20代～40代前半で卵巣を摘出すると、^{こつそしょうしょう}骨粗鬆症や虚血性心疾患などのリスクが上がり、長期的な健康障害が心配されるため、卵巣の温存（摘出せずに残すこと）を考慮しています。その場合、癌の卵巣への転移の可能性を慎重に検討する必要があります。

卵巣に子宮頸癌が転移している確率は、組織型と腫瘍の大きさが強く関係しています。扁平上皮癌ではI B期0～0.5%、II B期0.6～2.2%であり、I B期での卵巣温存は可能と考えられています。一方、腺癌ではI B期0.8～3.8%、II B期7.1～16%であり、I B期でも卵巣転移が比較的高いと報告されています。また、腫瘍の大きさが4 cmを越えると卵巣転移率が高くなることがわかっています。

以上のデータから、I B1期以上の腺癌とI B2期以上の扁平上皮癌では、卵巣を残したいという希望があっても、慎重に考えた方がよいでしょう。卵巣摘出した場合は、ホルモン補充療法や各疾患に対する治療薬（骨粗鬆症薬、高脂血症薬など）で対処します。

既に閉経している場合は、卵巣からの女性ホルモン分泌は低下しているため、卵巣を摘出しても大きな影響は及ぼしません。

B 放射線治療

放射線治療は、高エネルギーのX線で癌細胞を傷つける方法です。体外から放射線を照射する「^{がいしょうしゃ}外照射」と、腔内または子宮内腔に放射線を発する器具を挿入して照射する「^{くうないしょうしゃ}腔内照射」があり、患者さんの病状に合わせて放射線治療科医師が治療計画を立て、治療を行います。

子宮頸癌、特に70%以上を占める扁平上皮癌は、放射線による治療効果が高い代表的な癌であり、I期からIV期の幅広い病期に対して、また、癌が再発した際の治療にも選択される治療方法です。

^{どうじかがくほうしゃせんりょうほう}同時化学放射線療法（CCRT：Concurrent Chemo-Radio Therapy）は、放射線治療をおこなっている期間中、定期的に抗がん剤を投与することで癌細胞の放射線感受性を高め、

治療効果を強くする方法であり、ⅠB期、Ⅱ期の扁平上皮癌や、手術では治療困難であるⅢ期およびⅣA期の子宮頸癌（全ての組織型）の主治療に推奨されています。また、主治療として手術をおこなった後、再発リスクが高い症例に対する追加治療（術後補助療法）としても推奨されます。（「子宮頸癌治療ガイドライン 2017 年」より） 子宮頸癌のうち、20～25%を占める腺癌の場合は、扁平上皮癌と比較すると放射線への感受性が低い（効きにくい）との報告があり、Ⅰ期、Ⅱ期に対しては基本的に手術療法が推奨されます（「子宮頸癌治療ガイドライン 2017 年」より）。しかし、癌の広がり、組織型、合併症の状態、年齢、全身状態などを考慮したうえで、放射線治療が最適であると判断することもあります。

▼ 放射線治療の副作用

治療中からおこるものに、だるさ、食欲低下、嘔気、嘔吐、下痢、白血球の減少、膀胱炎、皮膚炎などがあります。多くは治療中あるいは治療終了後約1ヶ月頃に軽快します。出血性膀胱炎や出血性腸炎、腸閉塞など、治療が終わって数ヶ月～数年たってから起こる「晩期合併症」もあります。

C 化学療法（抗がん剤治療）

子宮頸癌に対する抗がん剤治療は以下のような場合におこなっています。

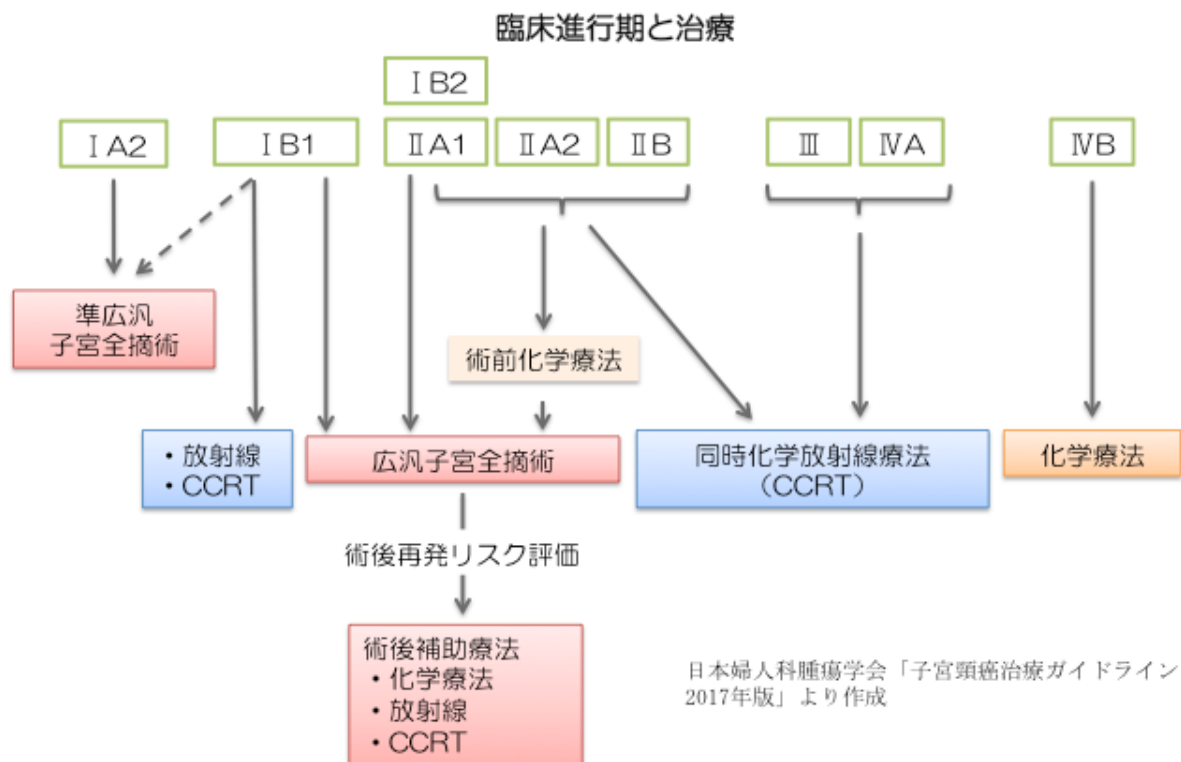
- ⅠB2期、ⅡA2期、ⅡB期など、病巣のサイズや広がりが大きく、手術前に病巣を縮小させる目的でおこなう（術前化学療法）
- 再発リスクを低下させる目的で、手術後に追加する（術後補助化学療法）
- ⅣB期の主治療としておこなう
- 癌が再発した場合におこなう

癌の組織型によって抗がん剤の感受性が異なり、その組織型に対して有効性の高い抗がん剤を数種類組み合わせて治療をおこないます。

▼ 化学療法の副作用

だるさ、食欲低下、嘔気、嘔吐、下痢、骨髄抑制（白血球、赤血球、血小板の減少）、腎障害、肝機能障害、心筋障害、脱毛、神経症状（手足のしびれ、聴覚低下）、薬剤アレルギーなどがあります。

代表的な治療法を説明しましたが、日本婦人科腫瘍学会による「子宮頸癌治療ガイドライン 2017 年版」で記述されている標準的な治療法は、以下の図のようになります。



3. 手術について

手術の内容や手順について説明します。実際にどのような内容や方法になるか、その後の経過などは、患者さんそれぞれの病気や身体の状態によって大きく異なります。担当医師から具体的な説明を受けてください。

① 治療内容

今回、以下の術式を予定しています。

(腹式(開腹) ・ 腹腔鏡下) いすれかを○で囲む

* 該当する術式に☑ 複数選択可

☐ (広汎 ・ 準広汎) 子宮全摘術 いすれかを○で囲む

☐ 骨盤リンパ節郭清術を含む

☐ 両側付属器(卵巣・卵管)摘出術 または ☐ 両側卵管摘出術

☐ 傍大動脈リンパ節郭清術

☐ その他 [] (上記になければ術式を記入)

② 身体への負担

この手術にかかる時間は、6～10 時間で、子宮摘出の方法、リンパ節郭清の範囲、開腹か腹腔鏡下か、病変の範囲によって変わってきます。

手術自体は、全身麻酔で行いますので痛みはありません。術後、麻酔が切れた後の傷の痛みには、鎮痛剤を投与して、できるだけ症状を和らげます。麻酔に関しては、後日、麻酔科医師より説明します。

③ その他

病院に許可を受けた医療技術者、および、医学部学生が手術を見学させていただく場合があります。

4. 手術当日の予定

手術当日（ 年 月 日 曜日）

手術室へ（ 朝 / 午後から ）

手術 （ 時間程度：あくまでも見込み）

手術前後の準備や回復の時間（合計 2 時間程度）

5. 手術翌日以降の予定

① 手術後の安静について

手術翌日より歩行します。ベッド上で安静にいる時間が長くなると、後述する血栓症・塞栓症や脳梗塞などの合併症を発症するリスクが高くなります（7-②「合併症について」参照）。血栓症を予防するための靴下を着用したり、できるだけ歩行していただきますのでご協力ください。

② 食事について

手術翌日、経過が順調と判断されれば、飲水から開始し食事を摂っていただきます。

③ 入院期間について

入院期間は、手術後は腹腔鏡下手術で約 4～6 日間、開腹手術で約 7～10 日間です。合併症などの問題があった場合、入院期間は長くなります。

退院後は、特に安静の必要はありませんが、3～4 週間ほど自宅療養が必要となる場合が多いです。

④ ^{びょうりそしきけんさ}病理組織検査の結果と、^{さいはつ}術後の再発リスクの検討について

手術後、摘出された組織は病理組織検査を行い、実際の病巣の広がりを詳しく確認します。3～4 週間程で病理検査結果が出ます。（当科では婦人科医師と病理診断科医師とが一緒に標本を検討して最終的な病理診断を決定しています。）

病理組織診断の結果から、「再発リスク分類」をおこない、中リスクの一部と、高リスクに該当する場合は、抗がん剤治療や放射線治療による追加治療を考慮します。最終診断が決定しましたら今後の方針について説明いたします。

低リスク群	以下の全ての項目に該当する
	① 小さな子宮頸部腫瘍 ② 骨盤リンパ節転移なし ③ 子宮傍組織浸潤なし ④ 浅い頸部間質浸潤 ⑤ 脈管侵襲なし（血管やリンパ管に癌細胞の侵入していない）
中リスク	骨盤リンパ節への転移なし、子宮傍組織への浸潤なしで、以下のいずれかの項目を満たすもの
	① 大きな頸部腫瘍 ② 深い頸部間質浸潤 ③ 脈管侵襲あり
高リスク	以下のいずれかに該当するもの
	① 骨盤リンパ節転移あり ② 子宮傍組織浸潤あり

⑤ 退院後の過ごし方

子宮摘出の手術を受けられた方は、以下の点についてご注意ください。

- 次回の外来診察日（約4週間後）に許可が出るまではシャワーのみとし、湯船にはつからないでください。感染を避けるためです。
- セックスは許可があるまでは控えてください。接触により出血や感染の原因となります。
- 激しい運動は避けてください。
- 手術後1週間後より数日間、少量の出血が見られることがあります。ナプキンに付着する程度であれば術後の自然な経過ですので様子を見ていただいて大丈夫です。しかし月経よりもはるかに多い、レバーのような大きな血の塊が出る、等の場合は処置が必要となることもありますので、病院に連絡してください。
- 下腹部に熱感や鈍痛があり、おりものの臭いがとても強い場合には、感染の可能性がありますので、病院に連絡してください。

6. 合併症について

京大病院では、手術前に多くのスタッフが集まって治療方針を話し合い、治療の方法や手術の術式に関して最善の方法を検討しています。しかし、手術という行為は身体に負担

を与えるものであり、ときに合併症（偶発症）が発生することがあります。

① 手術と直接関係のある合併症

■ **出血**：しゅっけつ お腹の中の臓器には血管が多く分布しており、手術中に大量出血がおこる可能性があります。手術終了時には出血がないことを確認して手術を終えますが、術後に再度出血することがあります。大量出血の場合は、輸血や緊急手術が必要な時もあります。詳しくは「輸血の必要性について」をご参照ください。

■ **感染**（かんせん 創部、腹腔内）： お腹の中は通常は無菌状態ですが、手術でお腹を開けますので、細菌に感染する可能性があります。感染すると、腹痛や発熱を伴う腹膜炎、骨盤死腔炎が発生したり、時に傷が開くこともあります。術中および術後に、抗生物質を投与して予防します。これらが無効な場合は、切開して膿を排出することもあります。

■ **他臓器損傷**：たそうきそんしょう 子宮・卵巣・卵管の周囲には膀胱・尿管、腸管、大血管などがあります。病変などによって組織どうしが強くくっついてる場合（癒着）や、病気が他の臓器に食い込んでいる場合（浸潤）は、これらを剥がす際に、臓器に損傷が生じることがあります。その際には最善の修復手術を行います。修復には術式の変更（腸管切除、人工肛門造設、人工膀胱造設など）を必要とすることもあります。

また、後日に臓器損傷などの合併症が判明した場合には、再手術となることもあります。その際、状況によっては長期の入院が必要となります。

■ **腸閉塞**：ちようへいそく 術後の腸管の動きの低下や、お腹の中の炎症などにより、腹膜・腸間膜・腸管どうしの癒着が生じます。高度の癒着により腸閉塞（腸の内容物の通りが悪くなること）を発症することがあります。絶食して腸を休めることでほとんどが改善しますが、術後数ヶ月～数年にわたって繰り返すこともあります。頑固な腸閉塞が長期間に及ぶ場合は、手術が必要な時もあります。

■ **リンパ漏・リンパ嚢胞**：ろう 「リンパ漏」とは、のうほう リンパ節を切除する際に、比較的太いリンパ管が切断された場合、そこからリンパ液が漏れてお腹の中に溜まることをいいます。ほとんどは量が多くないので症状も無く、やがて自然に吸収されます。リンパ液の溜まりが袋状になったものを「リンパ嚢胞」といいます。嚢胞に感染を起こすと発熱や腹痛を生じることがあります。その場合は抗生物質による治療をおこないます。リンパ嚢胞が消失するのには数年かかることもあり、ずっと消えないこともあります。症状が無く大きくもならない場合には様子を見ることができます。

しかし、大量のリンパ漏が発生して、脂肪分を多く含む「にゅうびふくすい 乳糜腹水」となると、低脂肪食による食事療法が必要となります。数週間以内に治癒することがほとんどですが、ごくまれですが、長引く場合は免疫機能低下、呼吸状態の悪化、低栄養状態が懸念

されます。手術でのリンパ管の結紮やカテーテル手術での塞栓術が有用であると報告されています。

- リンパ浮腫^{ふしゅ}：広範囲のリンパ節やリンパ管の切除をした後、下肢や下腹部にリンパ浮腫が発生することがあります。術後数ヶ月～数年して発症することが多いです。高度のリンパ浮腫を来すと、歩行困難になったり、リンパ管炎を併発したりして術後の日常生活が著しく損なわれることがあります。予防のためには、就寝時や休息時に、下肢を心臓より少し高くなるように上げておくことが有用です。術後しばらく下肢の怠さや違和感などが見られる時がありますが、その場合無理に下肢を酷使するような動作は控えてください。

- 排尿障害^{はいにょうしょうがい}について（広汎子宮全摘術の場合）：子宮摘出の方法が「広汎子宮全摘術」の場合、子宮頸部の外側の組織と一緒に切除します。その中に排尿にかかわる神経の一部が含まれるため、術後に膀胱機能障害（尿意が低下する、尿の勢いが低下するなどの排尿機能異常）が発生することがあります。多くの場合は一時的で、排尿訓練や投薬で軽快しますが、自分で尿道に管を入れて尿を排出する「自己導尿^{じこどうにょう}」が必要となることもあります。当科では、できるだけ多くの神経を温存する手術方法をおこなって、排尿障害が起こらないように努めています。
また、広汎子宮全摘の手術後 3 日間は、尿道口から膀胱に尿を出す管（尿バルーンカテーテル）を通し、トイレで排尿しなくても自然に尿が流れ出すようにして、膀胱を休ませます。

- 気腹^{きふく}に伴う合併症（腹腔鏡下手術併用の場合）：腹腔鏡下の手術操作では、まずトロッカー（筒状の装置）を腹腔内に挿入して、炭酸ガスで腹腔内を膨らませます。これを「気腹」といいます。気腹によって起こる可能性のある合併症には以下のものがあります。

- ・皮下気腫形成：皮膚の下に脂肪組織に気腹のガスが溜まること。お腹の皮下組織の違和感があるが、ほとんどが軽度。自然に治癒します。
- ・炭酸ガス塞栓^{そくせん}：大血管が破れた場合に、お腹を膨らませている炭酸ガスが血管内に入り、肺の末梢血管に詰まり呼吸障害を起こすものです。発生すると、一時的に人工呼吸器による呼吸管理を必要としますが、重篤なものは極めてまれです。

② 手術の部位と直接関係のない合併症

- 薬剤アレルギー：使用する薬剤（麻酔薬、抗生物質など）の副作用が発生することがあります。重いアレルギーが発生すると手術が中止となることもあります。

- 血栓^{けっせん}、塞栓症^{そくせんしゅう}：手術中や術後の安静などによって、特に下肢の血液が静脈内でうっ滞

して固まり（血栓症）、それが肺に飛んで血管を詰まらせる肺塞栓症がおこることもあります。肺塞栓症になれば呼吸の機能が低下し、時に致命的となるために、以下の予防法をおこなっています。

【予防法】手術後は、深呼吸、足の屈伸、下半身の運動が血栓の予防に効果的であるといわれておりますので、各自で積極的に行ってください。

予防法には以下の3つがあります。

- (1) 術中術後の器械による下肢のマッサージ
- (2) 術後に血が固まりにくくする注射薬（ヘパリン）の投与
- (3) 弾性ストッキングによる下肢の血流うっ滞防止

▼ 注意点：(2)で用いるヘパリンのために術後出血のリスクが若干上昇することがあります。患者さんの病状や合併症に応じて、施行する予防法を選択します。

■ のうこうそく 脳梗塞：手術中は使用する薬剤の影響や、出血、手術による身体の負担によって、血圧が大きく変わることがあります。これによって脳への血流が低下することもあります。また、血栓が脳の血管に流れてつまったりすることもあります。注意していても予防できないことがあります。この合併症は稀ですが、脳梗塞になると、意識が戻らなかったり、身体が不自由になったり、場合によっては死に至ることがあります。

■ しゅうちゅうしんけいそんしょう 術中神経損傷：手術中は一定の体位（仰向けや、載石位＝内診時のように足を挙げた状態、手足を固定した状態など）の時間が続きます。神経を圧迫することがないよう、手術前に体位については注意していますが、手術が長時間に及ぶ場合には神経麻痺が発生することがあります。ほとんどは一過性で回復しますが、稀にしびれや運動障害が残ることがあります。

■ 術中皮膚損傷：長時間手術（3時間以上）の場合には褥瘡（しよくそう 床ずれ）が発生する可能性があります。予防のために、ベッドやマットレスなどを工夫したり、体位変換の方法に気を使ったりしていますが、特殊な体位などではやむを得ず、褥瘡が発生することがあります。褥瘡の発生については、常時院内の褥瘡対策チームが報告を受けて、対策を協議しています。

手術そのものや合併症の発生がきっかけとなり、心臓や肺、肝臓、腎臓などの臓器に負担が生じ、臓器不全と呼ばれる状況に至る場合があります。また、術後長期間経ってからの腸閉塞、ぼうこうちつろう 子宮全摘後の膀胱腔瘻（膀胱と腔との間に穴があいて腔から尿が漏れる）や
ちよくちようちつろう 直腸腔瘻（直腸と腔との間に穴があいて腔から便が漏れる）なども、ごくまれですが起こります。これらのほかにも予期しない合併症が起こることがあります。

術前の検査から一人ひとりの身体の状態に応じた対策を講じて、合併症の発生を極力防

ぐように配慮していますが、残念ながら完全に防止することは困難です。

これらの合併症により入院期間が延長したり、再手術を要したりする場合があります。合併症が発生した場合、最善の措置をとり、状況についてはその都度、説明します。合併症に対する医療費については、原則として、保険診療の扱いとします。

■ 輸血の必要性について

術中の出血によってからだの中の血液が不足すると、重い場合は、貧血、出血が止まりにくいなどの病的症状がでます。放置しておくとう血圧が維持できなくなったり、臓器不全になったりするなど命の危険に及びます。そのため、必要と考えられる場合には血液を補う治療として輸血をします。輸血の種類には、せつけっきゅうせいざい赤血球製剤、けっしょうばんせいざい血小板製剤、しんせんとうけつけっしょうせいざい新鮮凍結血漿製剤、じこけつゆけつ自己血輸血（自分の血液を手術に先立って保存し、必要時に投与）があります。また、輸血関連の検査（血液型など）を手術前に受けていただきます。

出血量が少ない場合など輸血が必要とならない場合も多く、必ずしも輸血をするものではありません。手術中の輸血の必要性についての判断は医師が行います。また、この輸血の同意については、今回受けられる手術に関する一連の診療行為に適用されます。

「輸血用血液製剤／血漿分画製剤についての説明文書」をお渡ししますので、そちらもご覧ください。日本赤十字血液センターの血液製剤は世界的にも高い技術を有し、品質のよいものが病院に供給されますが、想定されるリスクとして、輸血後肝炎（B型肝炎、C型肝炎）が30～40万回に1回、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染症が100万回に1回、輸血関連急性肺障害（肺に水がたまり呼吸困難になります。8～9割は治療にて改善しますが、死に至ることが有り得ます）が5千～1万回に1回など、稀ですが命に関わり得る副作用として知られています。その他、比較的よくあるのが発熱や蕁麻疹ですが、治療にて改善します。これらの副作用を完全に予防する方法はありませんので、感染や発症時に迅速な対応を行うことが必要です。輸血による肝炎等の感染症が発生した場合は、赤十字血液センター／厚生労働省に報告し、適切な治療をおこないます。

■ のりフィブリン糊の使用について

フィブリン糊とは、ヒトの血液を原料として作られる製剤です。血液の中には出血した場合に血液を固まらせる作用をもつ物質があり、それを抽出したものがフィブリン糊です。フィブリン糊は止血困難な場所や手術材料の固定などで使用します。

製造工程で、血液中のウイルスなどが不活化・除去されており、感染症に対する安全対策が講じられています（B型肝炎・C型肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルス、ヒトパルボウイルスについて検査を実施している。また、検出感度以下のウイルスの混入の可能性に対して不活化処理を実施している；いわゆる加熱製剤）。しかし、ヒト血液を原料としているために、感染症伝播のリスクを完全に排除することはできません。肝炎ウイルスの伝

播経路がよく分っていなかった時代には、不活化や除去などの工程が不十分であったため、フィブリン糊にてB型肝炎やC型肝炎に感染した例もありました。

今回の手術では、使用したほうが全般的なリスクが低くなると判断した場合にフィブリン糊を使用いたしますが、必要最小限の使用にとどめます。また、使用した場合には、使用したことを患者さんにお伝えします。

7. 検査の内容と期間

手術後の経過が良好かどうか、また、がんの状態や再発の有無を調べるために、治療終了後5～10年間は定期的に通院し、一定の間隔で、定められた検査を受けてください。また、検査結果の説明を必ず受けてください。医師が伝えていない場合には、伝え忘れの可能性もありますので、検査結果を聞いていない旨をお伝えください。再発も転移もなく、医師から経過観察を終了すると患者さんへお伝えするまでは、定期的な通院が必要であることをご理解ください。

遠方の患者さんであれば、お近くの医療機関で治療後の経過観察をお願いすることもできます。

8. 医療費について

この手術や入院にかかる医療費については概ね一定ですが、合併症などによって治療が必要になった場合などはさらに費用がかかることになります。

今回の治療は保険（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療など）が適用される手術です。ついては、手術や入院にかかる医療費は、患者さんがお持ちの保険証により計算されます。保険の種類、患者さんの収入状況によっては、「限度額適用認定証」等の提示により、実際の負担額を抑える制度もあります。くわしくは入院時にお渡ししました「入院のご案内」をご覧ください。なお、ご不明な点があれば入院受付でお尋ねください。

また、今回の検査・治療によって合併症や偶発症が発生した場合は、必要な検査や治療を行うなど、適切に対処いたします。これらの医療は、通常どおりの健康保険が適用になりますので、自己負担分をお支払いいただきます。なお、治療に伴って個室での療養が必要と本院が判断した場合は、個室料金はいただきません。患者さんのご希望で個室を利用された場合は、通常の診療と同様に個室料金をいただきます。

9. 本治療以外の治療法の選択の自由

今回ご説明した治療法以外でも、他の治療法を選択することもできます。また、いったんこの治療を受けることに同意をいただいた後でも、他の治療に変更することや、治療自体を中止することもできます。本治療以外に選択できる治療法については、患者さんによ

って異なりますので、担当医師にお尋ねください。

治療の選択について、他の医療機関でのセカンドオピニオンを希望される時には、診療情報の提供を致しますので、遠慮なくお申し出ください。他施設でのセカンドオピニオンを受けることで、あなたが当院での治療において不利益を受けることはありません。

10. 個人情報の保護に関する事項（手術画像を含む診療情報提供のご依頼）

現在行われている治療のほとんどは、過去の患者さんの治療成績を集めて分析することで進歩してきました。そこで、京都大学医学部附属病院で治療を受けられた患者さんには、病期や治療の内容、効果や副作用に関する情報、あるいは、手術画像（映像を含む）を、医療の発展・進歩のために提供していただくよう、ご協力をお願いしています。同意いただいた情報等は、以下の目的で二次利用します。

- 1) 学会・研究会・論文による症例報告・研究報告の提示
- 2) 適切な知識・技術の普及と安全性の確保など教育目的の講義や研修会での使用
- 3) 各種学会の専門医認定医制度における技術審査の目的

患者さんの個人情報は厳重に保護され、いかなる場合においても、個人が特定できないように処理されます。

11. 連絡先

説明の中で、わからない言葉や、疑問、質問、もう一度聞きたいことなどがありましたら、担当医師がお答えしますので、遠慮せずに質問してください。

医療機関名：京都大学医学部附属病院 産科婦人科

連絡先：産婦人科外来（3CD 受付） TEL 075-751-

* 通常、平日 8:30～17:00 に対応させていただきます。

* ただし、緊急時はその限りではありませんので、ご連絡ください。

休日・時間外→病院代表番号：075-751-3111

（音声ガイダンスに従って下さい）

担当医：_____

主治医：_____

輸血用血液製剤/血漿分画製剤について

この説明書は、輸血用血液製剤/血漿分画製剤について説明したものです。わからないことがありましたら、担当医に質問してください。輸血用血液製剤/血漿分画製剤治療を受けられる場合は、「同意書」に署名をお願いいたします。

1. 輸血用血液製剤/血漿分画製剤について

輸血用血液製剤は全て献血由来の血液成分で、赤血球製剤、血小板製剤、血漿製剤があります。血漿分画製剤は、血液中の血漿成分をさらに分けて作られます。

図1 血液製剤の種類と使用目的

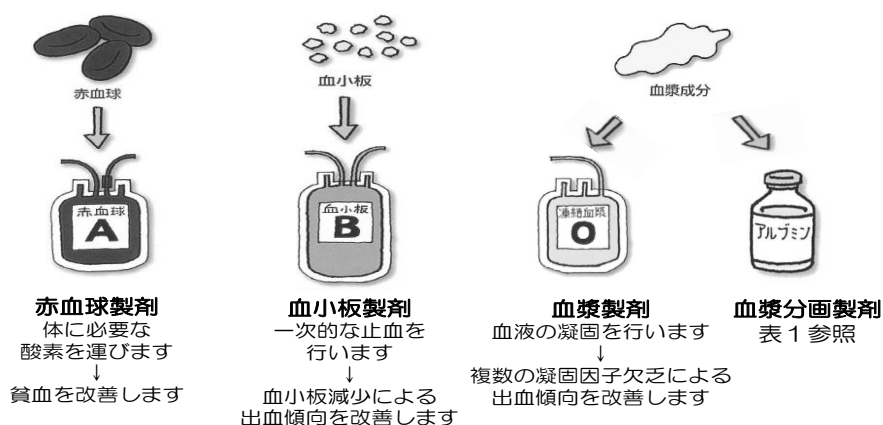


表1. 血漿分画製剤の効果・使用目的

種 類	効果・使用目的
アルブミン製剤	アルブミンが減少した場合や血漿量が少なくなった場合に用い、むくみ、胸水、腹水などの改善効果や、血圧を安定させるなどの効果があります。
免疫グロブリン製剤	感染症を改善する効果が認められます。また、免疫を調整し川崎病、特発性血小板減少性紫斑病、ギランバレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎を改善する効果があります。
血液凝固因子製剤 アンチトロンビンⅢ製剤	血液成分が欠乏することによって生じる、出血や血栓などを改善するために用いられます。
フィブリン接着剤	凝固因子を含む生体組織接着剤で、手術時の止血などに用いられます。

- ✓ 赤血球の場合には、あらかじめ自分の血液を保存しておいて、必要時に使用する自己血輸血が実施可能な場合もあります。

一部の血漿分画製剤には、以下のような種類があり、選択できる場合があります。

- ✓ 人の血漿から製造した特定生物由来製品と、遺伝子組み換え技術より製造した同じ効果を有する製品（特定生物由来製品あるいは生物由来製品）があります。
- ✓ 原料血漿は献血由来と非献血由来があります。
- ✓ 原料血漿の採血国は、日本（献血由来のみ）と外国があります。

2. 輸血用血液製剤/血漿分画製剤が必要な理由

手術のときに輸血用血液製剤や血漿分画製剤が必要であり、使用しなかった場合には、病気やケガの回復に時間を要したり、重症な状態を脱することができない場合もあります。



3. 輸血用血液製剤/血漿分画製剤のリスク

献血者のスクリーニング検査の改良などにより献血血液はたいへん安全になり、輸血後肝炎などはきわめて少なくなりました。しかし、危険性が完全にゼロではありません。軽微なものから、迅速な対応によっても死亡にいたるような副作用も報告されています。輸血用血液による副作用の頻度は表2を参照してください。

- ✓ 血液の安全性は高くなっていますが、万が一の輸血副作用の発生に備えて、輸血前に必要な検査を実施するとともに、後日の検査（遡及（そきゅう）調査）に備え、患者さんの血液を保管します。
- ✓ 輸血中に副作用が発生した場合には、輸血を中止し、副作用の治療を行い、原因究明に必要な検査の採血などを行います。検査は赤十字血液センターに検査を依頼することもあります。
- ✓ 重篤な副作用については赤十字血液センター/厚生労働省に報告します。

血漿分画製剤に関しても、最近きわめて安全になってきましたが、ごくまれに副作用や合併症があります。

- ✓ 血漿分画製剤によるウイルス感染症（B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症、成人T細胞性白血病ウイルス感染）および細菌感染などは、輸血用血液製剤と同様、スクリーニング検査の進歩により近年、きわめて低くなってきました。さらに、今日の血漿分画製剤については種々のウイルス除去や感染性を失わせる工程が導入され、感染症伝播のリスクは限りなくゼロに近くなっています。
- ✓ 他人の血液成分によって引き起こされる免疫反応（じんましん、アナフィラキシー反応、発熱、血圧低下、呼吸困難、溶血など）が起こることがあります。
- ✓ 感染症など重篤な副作用が発生した場合は、製剤の製造者/厚生労働省に報告します。

当院では輸血副作用を避けるために輸血は最小限にとどめ、適切な血液製剤を用いるように努めています。

表2 輸血用血液の副作用（日本輸血・細胞治療学会ホームページより）

	項目	発生頻度(輸血本数あたり)	備 考
免疫学的副作用			
1	溶血性副作用	軽症 1/1,000 重症 1/1 万	血液型が適合しない赤血球輸血では輸血を受ける患者さんの持っている抗体と反応して溶血が生じ、腎機能低下などの問題が起こります。
2	アレルギー 蕁麻疹 発熱	軽症 1/10～1/100 重症 1/1 万	発熱と蕁麻疹は、まれな副作用ではありません。異常を感じたらすぐに、担当医・看護師に連絡してください。
3	輸血後 GVHD	未照射血液で発生 1/10,000(致死率 99%以上) 血液者からの院内採血では危険性がきわめて高い。	輸血した血液に含まれる白血球が患者の体組織を攻撃・破壊する副作用で、輸血用血液製剤に放射線照射を行うことにより予防できます。
4	輸血関連急性肺障害	1/5,000～1/10,000 (致死率 5～15%) (正確な頻度は不明)	主として、輸血した血液に含まれる白血球抗体が原因の副作用で、肺水腫を起こします。
感染症			
1	細菌感染症	1/1 万～1/10 万	カンピロバクター、病原性大腸菌などによる敗血症。死亡例も報告されています。
2	ウイルス感染症	1/30 万	A 型、B 型肝炎の発生頻度。
		1/100 万以下	C 型、E 型肝炎、HIV 感染頻度。
			パルボ B19、サイトメガロウイルス等。
3	その他マラリア、牛病など	1/1 万～1/10 万	カンピロバクター、病原性大腸菌などによる敗血症。死亡例も報告されています。
その他			
	循環過負荷(TACO)		輸血によって心臓・循環器系に負荷がかかった状態です。
	鉄過剰症		頻回輸血により赤血球に含まれる「鉄分」が体に取り込まれ、不要な鉄を対外に排出できなくなった状態で肝、心臓などに貯まり機能を障害するため鉄キレート剤などで治療する場合があります。

4. 輸血後の感染症検査について

輸血によるウイルス（肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルスなど）感染は、仮に感染があったとしても、輸血後 2～3 ヶ月後でないとうウイルスが検出できません。感染が疑われる場合や免疫抑制状態がある場合などには、主治医の判断で後日輸血後感染症検査を行う場合があります。検査費用は健康保険が適用されます。なお、当院では、輸血前の患者さんの血液を2年間凍結保存し、輸血による感染症が疑われた場合に精密検査が実施できるような仕組みを作っています。

5. 健康被害に対する救済制度について

輸血による副作用により重い健康被害が生じた際には、「健康被害救済制度」を受けることができる場合があります。患者さんからの申請が必要ですが、医師が診断書を記載します。

※下記の場合などは救済制度が適応されないこともあります。

- 救命のためのやむを得ない緊急大量輸血などで副作用の発生があらかじめ認識されていた場合など。
- 輸血副作用防止の対応のために赤血球や血小板製剤を洗浄するなど、院内で加工した血液製剤の輸血。
- 院内で小さなバッグやシリンジに分割・分注した製剤を使用した場合(少量をゆっくり輸血する必要がある場合に必要となります)。

6. どうぞ、質問してください

説明の中で、わからない言葉や、疑問、質問、もう一度聞きたいことなどがありましたら、担当医師がお答えしますので、遠慮せずに質問してください。

【患者さん控】

同 意 書

京都大学医学部附属病院長 殿

患者氏名 _____

私は、子宮頸癌に対する（ 腹式・腹腔鏡下 ） いずれかに○

☐（広汎・準広汎）子宮全摘術 ☐ 骨盤リンパ節郭清を含む

☐ 両側付属器（卵巣・卵管）摘出術 または ☐ 両側卵管摘出術

☐ 傍大動脈リンパ節郭清

☐ その他 [_____] （該当する術式に☑）

について、以下の説明を受けました。

- ☐ 病名について
- ☐ 治療方針について
- ☐ 手術当日／翌日以降の予定
- ☐ 手術の合併症（輸血の必要性について）
- ☐ 治療後の定期通院・検査について
- ☐ 医療費について
- ☐ 本治療以外の治療法の選択の自由
- ☐ 個人情報の保護に関する事項

<説明者>

説明担当医署名： _____

説明した日： 西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明立会人署名： _____

上記の治療を受けるにあたり、上記の説明を受け、よく理解しました。
治療を当科で受けることに（どちらかに☑）

☐ 同意します

☐ 同意しません

署名した日： 西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名： _____

<以下は患者本人の同意能力が不十分な場合>

署名した日： 西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名： _____ （患者さんとの関係： _____）

【医療機関空】

同意書

京都大学医学部附属病院長 殿

患者氏名 _____

私は、子宮頸癌に対する（ 腹式・腹腔鏡下 ） いずれかに○

- ☐（広汎・準広汎）子宮全摘術 ☐ 骨盤リンパ節郭清を含む
☐ 両側付属器（卵巣・卵管）摘出術 または ☐ 両側卵管摘出術
☐ 傍大動脈リンパ節郭清
☐ その他 [_____] （該当する術式に☑）

について、以下の説明を受けました。

- ☐ 病名について
- ☐ 治療方針について
- ☐ 手術当日／翌日以降の予定
- ☐ 手術の合併症（輸血の必要性について）
- ☐ 治療後の定期通院・検査について
- ☐ 医療費について
- ☐ 本治療以外の治療法の選択の自由
- ☐ 個人情報の保護に関する事項

<説明者>

説明担当医署名： _____

説明した日： 西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明立会人署名： _____

上記の治療を受けるにあたり、上記の説明を受け、よく理解しました。
治療を当科で受けることに（どちらかに☑）

- ☐ 同意します
☐ 同意しません

署名した日： 西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名： _____

<以下は患者本人の同意能力が不十分な場合>

署名した日： 西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名： _____ （患者さんとの関係： _____）