

## Request and Consent to Medical, Surgical, Radiological or Other Procedures (Japanese)

医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

- I have spoken with my doctors. They have explained my diagnosis and condition (listed on page 5).  
主治医と話しました。（5ページに記載されている）私の診断と状態に関し主治医から説明を受けました。
- My doctors have recommended the procedures listed on page 5 to diagnose or treat my condition. They have explained the **POTENTIAL BENEFITS** of these procedures. They also have explained the **RISKS OF REFUSING** the procedures.  
主治医は、私の状態を診断したり治療するにあたり、5ページに記載されている医療処置を薦めています。これらの医療処置の潜在的な利点について説明を受けました。また、この医療処置を拒否した場合のリスクに関する説明も受けました。
- My doctors have explained the **RISKS OF THE PROCEDURES** and I understand them. The major risks are listed on page 5.  
私は主治医からこの医療処置の危険性に関し説明を受け、それを理解しています。主なリスクは、5ページに記載されています。
- I understand the planned location of my procedures may be marked on my body before the procedures. It may also be marked on the diagrams on page 5.  
処置を行う前に治療箇所にしるしをつけられる場合があることを理解しています。また、5ページの図にしるしがつけられることもあります。
- I understand that if I am given **ANESTHESIA OR SEDATION ANALGESIA** there will be other risks. These risks include severe blood loss, infection, damage to teeth, mouth, throat, or vocal cords, nerve or eye damage, drug reaction, slowing or stopping of breathing, failure of the anesthetic or sedation analgesia, cardiac arrest, risks that cannot be predicted, permanent disability or even death. There may be other unknown risks. I understand these risks and I consent to the use of any anesthetic or sedation analgesia that my doctors or the anesthesiologists believe is necessary.  
麻酔薬または鎮静剤を使用する場合はそれにかかわるリスクがあることを理解しています。これらのリスクには、重度の失血、感染症、歯、口、喉、声帯、神経や眼の損傷、薬物反応、呼吸の減速または停止、麻酔薬や鎮静剤が効かない、心停止、予測外のリスク、不可逆的な障害や死などが含まれます。その他、未知のリスクもあるでしょう。私はこれらのリスクを理解し、主治医や麻酔科医が必要であると判断した場合に麻酔薬や鎮静剤を使用することに同意します。
- I understand that **blood and urine specimens** will need to be collected in order to determine my care. If I am a woman of childbearing age, this will include a **pregnancy test** unless I initial my refusal on page 5 or I have any of the following documented in the medical record:
  - I am currently pregnant;
  - I have had a prior hysterectomy or had both ovaries removed; or
  - I am known to be menopausal
 私の治療プランを決定するために採血や尿検体の採取が必要な場合があることを理解します。私が妊娠可能年齢の女性である場合、私が5ページ目の検査拒否の項目にイニシャルの署名を行うか、または自分の医療記録に以下の事実が記載されていない限り、妊娠検査も行われます。
  - 現在妊娠中である
  - これまでに子宮全摘手術を受けたか、または両方の卵巣を摘出した、または
  - 明らかに閉経している
- My doctors have explained the **ALTERNATIVES** to the recommended procedures and their risks. I want to have the recommended procedures.  
提案された医療処置に代わる**代替療法**とそのリスクに関し、主治医より説明を受けました。私は、主治医が推奨する医療処置を受けたいと思います。
- I understand that sometimes during a procedure or afterwards (for example if I am in an intensive care unit), my doctors may decide that **RELATED OR ADDITIONAL PROCEDURES** are also necessary. I request and authorize

**Request and Consent to Medical, Surgical,  
Radiological or Other Procedures (Japanese)**

医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

the University of Michigan and the providers responsible for my treatment to perform any necessary additional procedures.

私は（たとえば集中治療室にいる場合など）処置を行っている間またはその後、主治医が関連処置または追加処置が必要であると判断する必要があることを承知します。ミシガン大学および私の治療を担当する医師が必要と判断した追加処置を実行することに自らの意思で同意します。

9. I **DONATE** and authorize the University of Michigan to own, use, retain, preserve, manipulate, analyze, or dispose of any **excess tissues, specimens, or parts of organs** that are removed from my body during the procedures described above and are not necessary for my diagnosis or treatment. The University of Michigan may use or retransfer these items to any entity for any lawful purpose, including education and retrospective research on anonymous specimens.

私は、上記医療処置の間に私の体から取り出されたもので、私の診断または治療に必要としない余分な組織、標本、または臓器の一部を寄付し、ミシガン大学が所有、使用、維持、保存、操作、分析、または処分することを許可します。ミシガン大学が、あらゆる合法的な目的でこれらのものを使用したりまたは他の事業体へ再転送する場合があります。これには教育や匿名標本を用いた遡及的調査などが含まれます。

10. I request and authorize the University of Michigan and any **doctors, nurses, medical residents and other trainees, technicians, assistants or others** who may be assigned to my case to participate in my diagnosis and treatment. I understand that **representatives of companies** that sell equipment used in my procedures may also be present and participate. I also understand that the University of Michigan is a teaching institution. Medical and other students can and do participate in procedures as part of their education. By signing this form, I agree to allow these students to participate in my procedures. This may include performing **exams under anesthesia** that are relevant to my procedures.

私は、ミシガン大学と私の担当となる医師、看護師、研修医、その他の訓練生、技師、アシスタント等が私の診断と治療に参加することを自らの意思で許可します。私は、私の医療処置で使用される機器を販売する企業の代表者も処置に同席および参加する場合があることを承知しています。私は、ミシガン大学が教育機関であることも理解しています。医学部生や他の学生が、教育の一環として医療処置に参加することができます。この書類に署名することによって、私は学生が私の医療処置に参加することに同意します。学生が私の医療処置に関連する麻酔下で行われる処置に参加する場合があることも承諾します。

11. I understand that unexpected events may happen before or during a surgery or procedure. This may require changing the providers originally scheduled to perform or supervise my procedures.

私は、手術や医療処置を行う前や最中に予測外の出来事が発生することを承知しています。場合によって、私の医療処置を行ったり監督する担当医が変更になる可能性があります。

12. I understand that the practice of medicine, surgery and dentistry is not an exact science. I have been told about the probability of success of the procedures. **NO PROMISES OR GUARANTEES** have been made or can be made to me about the success, outcomes, or side effects of the procedures.

私は、医学、外科、歯科は確実な科学でないことを理解しています。私は、医療処置の成功率について説明を受けました。医療処置の成功、結果、副作用に関し、いかなる確約も保証もないこと、または出来ないことを理解しています。

13. I have been given a chance to ask questions about the procedures and this form and my questions have been answered.

私は、医療処置やこの書類に関し質問する機会を与えられ、すべての質問の回答を得ました。

List any exceptions under the Exceptions section located on page 5.

5 ページにある例外の欄にすべての例外リストがあります。

**Request and Consent to Medical, Surgical,  
Radiological or Other Procedures (Japanese)**

医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

**CONSENT FOR USE OF BLOOD OR BLOOD COMPONENTS**

血液または血液成分の使用に関する同意書

1. I understand I may need a transfusion during my procedure. Reasons for transfusion will be for one or more reasons that may include: to correct anemia, to increase oxygen delivery to my body, to treat a blood clot, or to prevent bleeding. My provider has told me what a blood transfusion is and how it will be done. The blood products that may be used include:

私は、医療処置の間に輸血が必要になる場合があることを理解しています。1つまたは複数の理由により輸血が必要になる場合があります。その理由とは、貧血を治療する、体への酸素供給を増加させる、血栓を治療する、出血を予防する、などが含まれます。輸血とは何か、どのように行われるかについて主治医より説明を受けました。使用される可能性のある血液製剤には、以下のものが含まれます。

- |                                   |  |                                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| (1) <b>Red Blood Cells</b><br>赤血球 | (3) <b>Plasma/cryoprecipitate</b><br>血漿/クリオプレシピテート | (5) <b>Stem cells</b><br>幹細胞         |
| (2) <b>Platelets</b><br>血小板       | (4) <b>Granulocytes</b><br>顆粒球                     | (6) <b>Mononuclear cells</b><br>単核細胞 |

2. The risks of a transfusion include:

輸血に関するリスクには、以下のものが含まれます。

- (1) **Common Reactions that usually are not dangerous:** bruising, fever, chills, rash or hives  
危険性は低いが、よくある副作用：あざ、発熱、寒気、湿疹やじんましん
- (2) **Less Common But More Serious Reactions, especially if I have heart disease:** kidney failure, heart failure or shortness of breath (kidney or heart failure may lead to death).  
稀ではあるが、特に心臓疾患のある場合に危険性が高くなる副作用：腎不全、心不全、息切れ（腎不全や心不全は死にいたる場合がある）
- (3) **Very Rare But Possibly Life Threatening** (less than 1 in 100,000): getting an infectious disease, like hepatitis or HIV/AIDS, bacterial infection, breakdown of transfused blood by my immune system, lung injury or death.  
かなり稀（10万件に1件の割合）ではあるが、生命にかかわる副作用：肝炎や HIV/AIDS などの感染性疾患、細菌感染、自己免疫システムによる輸血された血液の分解、肺損傷、または死亡

3. My provider has explained the potential benefits of a transfusion, and the risks of refusing a transfusion. I understand there may be alternatives to allogeneic (blood bank) transfusion, depending on my condition and the time involved, and that each of these has its own risks, which also have been explained. These include:

輸血の潜在的な利点と輸血を拒否した場合の危険性について、主治医より説明を受けました。私の状態やかかわってくる時間の量によって、同種血輸血（血液バンク）にかわる選択肢を選べる場合があること、またこれらの選択肢にも独自のリスクがあることは承知しています。これらのリスクについて説明を受けました。同種血輸血（血液バンク）にかわる選択肢には以下が含まれます。

- (1) **Growth factors or Iron:** these products take days or months to replace or increase blood cells.  
成長因子または鉄剤：これらの製剤を使って血液細胞を交換したり増加させるのには数日から数ヶ月かかります。
- (2) **Autologous blood:** my own blood that I donate before surgery, or that is salvaged during surgery.  
自己血液輸血：手術前に自分の血液を保存しておき、それを手術時に使用すること。
- (3) **Directed donors:** blood donated by people I choose (Requires at least 3-4 days and must be compatible with the patient and is not safer than volunteer donors. The directed donor's blood can pose additional risks if the direct donor is a first-degree relative. Additional risks may include acute lung injury, reactions due to antibodies and graft versus host disease.).

供血者の選択：自分が指定した人から血液を提供してもらうこと。（少なくとも3~4日を要し、患者に適合する必要がある、ボランティアドナーよりも安全であるというわけではありません。供血者が第一度近親者の場合、追加のリスクが発生します。追加のリスクには、急性肺損傷、抗体および移植片対宿主病に起因する反応などがあります。）

**Request and Consent to Medical, Surgical,  
Radiological or Other Procedures (Japanese)**

医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

4. UMHC uses blood obtained from Food and Drug Administration licensed and registered blood establishments, who test for infectious agents. UMHC does not do its own testing and makes no guarantees about the blood products. UMHC は、感染性物質のテストを行い血液事業に関する食品医薬品局（FDA）のライセンスを取得、登録されている施設から入手した血液を使用しています。UMHC は独自の検査は行いませんので血液製剤について保証はできません。
5. I understand the risks and potential benefits of a transfusion and I want to receive any medically necessary transfusions during my course of treatment unless I initial my refusal on page 5.  
私は、輸血のリスクと潜在的メリットを理解しました。5 ページ目の輸血拒否の項目にイニシャルの書名がない限り治療中に医学的に必要と判断された輸血を受けたいと思います。

**Provider: List any exceptions under the Exceptions section located on page 5.**

医療提供者：5 ページにある例外の欄にすべての例外リストがあります。

**CONSENT FOR TISSUE IMPLANTS 組織移植に関する同意書**

1. The procedures listed on page 5 may include replacement of lost or damaged tissue. Tissue might include: bone, ligaments, tendons, fascia, cartilage, cornea and sclera, skin, veins and arteries, heart valves, pericardium, or dura matter.  
5 ページに記載されている医療処置には、損傷を受けたり失った組織の再建が含まれます。組織には、骨、靭帯、腱、筋膜、軟骨、角膜や強膜、皮膚、静脈や動脈、心臓弁、心膜、または硬膜が含まれます。
2. Each of the following options for replacement of lost or damaged tissue has risks. My provider has explained these risks. These include:  
損傷を受けたり失った組織の再建には以下のような方法があり、それぞれにリスクを伴います。私は、これらのリスクに関し主治医より説明を受けました。再建方法には以下が含まれます。
- (1) **Autograft** – tissue from another part of my body for repair. Risks include increased anesthesia time, infection, transfer failure, or two surgical sites.  
自家移植片– 治療のため自分の体の別の部分にある組織を使用する。リスクには、麻酔時間の増加、感染症、移植の失敗、手術部位が2箇所になることが含まれます。
- (2) **Allograft** – tissue obtained from a human donor. Risks include communicable disease such as hepatitis, HIV/AIDS, or CJD (the human form of mad cow disease), infection, or implant failure.  
同種移植片– 人間のドナーから得た組織を使用する。リスクには、肝炎、HIV/AIDS、または CJD（狂牛病の人間版）などの伝染性疾患、感染症、移植の失敗が含まれます。
- (3) **Synthetic materials** – artificially prepared human and non-human based. Risks include communicable disease such as hepatitis, HIV/AIDS, or CJD (the human form of mad cow disease), infection, possible blood thinning medication, or foreign material rejection.  
合成物質 – ヒト由来および非ヒト由来の素材で人工的に調製された組織を使用する。リスクには、肝炎、HIV/AIDS、または CJD（狂牛病の人間版）などの伝染性疾患、感染症、血液希釈薬の必要性、異物に対する拒絶反応が含まれます。
- (4) **Xenograft** – animal tissue. Risks include infection, immune rejection, or viral infection.  
異種移植片– 動物組織。リスクには、感染症、免疫拒絶、またはウイルス感染が含まれます。
3. I understand that UMHC uses tissue obtained from Food and Drug Administration registered tissue establishments which must screen donors and perform testing for communicable disease. UMHC does not do its own testing and makes no guarantees about the tissue implants.  
私は、UMHC がドナーのスクリーニング検査と伝染性疾患の検査を必ず行い、食品医薬品局（FDA）に登録済みであるヒト組織機関より入手した組織を使用するということを理解しています。UMHC は、独自の検査を行っておらず組織移植に関して保証は出来かねます。
4. I understand the risks and potential benefits of a tissue implant. I want to receive any medically necessary tissue implants during my course of treatment.  
私は、組織移植のリスクと潜在的な利点を理解しました。私は、治療中に医学的に必要と判断された組織移植を受けたいと思います。

**Provider: List any exceptions under the Exceptions section located on page 5.**

医療提供者：5 ページにある例外の欄にすべての例外リストがあります。

30-10543	VER: B/16 HIM: 08/16	Medical Record		Consent - Procedure / Treatment / Evaluation
----------	-------------------------	----------------	---	--

**Request and Consent to Medical, Surgical, Radiological or Other Procedures (Japanese)**

医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:  
NAME:  
BIRTHDATE:  
CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

1. My diagnoses/conditions are 診断/状態 : \_\_\_\_\_
2. My recommended procedures are / 推奨されている医療処置: \_\_\_\_\_

My procedures have been explained by: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
医療処置に関し説明をした医師

My procedures will be performed or supervised by: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
医療処置を行うまたは監督する医師

3. My risks include リスク

4. I understand the approximate location of my procedure or surgical incision will be marked on my body prior to the procedure unless it is considered to be an excluded site below. For illustrative purposes, the approximate operative site may be marked on the diagrams provided. 私は、治療箇所または外科切開部分のおおよその位置に、下記にある例外対象箇所でない限り、医療処置を行う前に体にしるしをつけられることを了承します。一見して分かるように、下記の図のおおよその手術部位にしるしをつけます。

I CONSENT TO THE FOLLOWING: 私は、下記に同意します。

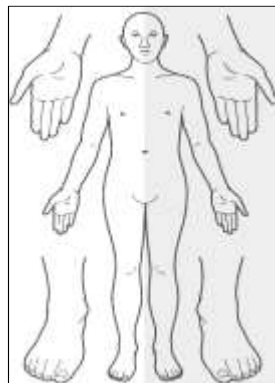
**PROCEDURE(S) 医療処置**

I **consent** to the procedure(s) listed in #2 above including any tissue implants (Please initial)

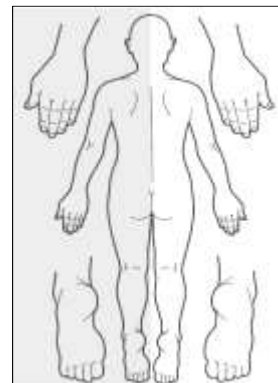
私は、何らかの組織移植を含む上記 2 に記載されている処置を受けることに同意します。  
(イニシャルを記入して下さい)

Exceptions (TO BE COMPLETED BY PROVIDER ONLY):  
例外 (医療提供者のみが記載して下さい)

RIGHT / LEFT  
右 / 左



LEFT / RIGHT  
左 / 右



**PREGNANCY TEST 妊娠検査**

I **refuse** any pregnancy testing (Please initial)

いかなる妊娠検査も拒否します。(イニシャルをつける)

**BLOOD OR BLOOD COMPONENT TRANSFUSION - Choose One**  
血液または血液製剤の輸血 - ひとつ選択する

I **consent** to all transfusions given during my hospitalization or course of treatment (please initial)

私は、入院中あるいは治療中に行われるすべての輸血に同意します。(イニシャルをつける)

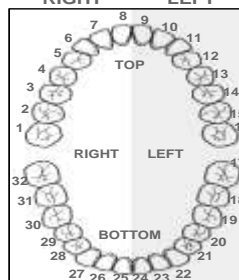
OR または

I **refuse** transfusion during my hospitalization or course of treatment (Please initial)

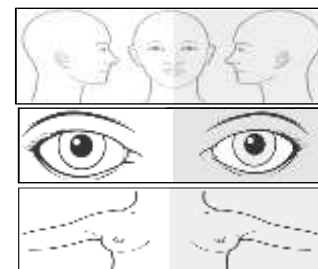
入院中や治療中の輸血を拒否します。(イニシャルをつける)

Exceptions (TO BE COMPLETED BY PROVIDER ONLY):  
例外 (医療提供者のみが記載して下さい)

右 / 左  
RIGHT LEFT



RIGHT / LEFT  
右 / 左



## Request and Consent to Medical, Surgical, Radiological or Other Procedures (Japanese)

医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE INFORMATION ON  
THIS FORM AND ON THE PREVIOUS PAGE(S) BEFORE I  
SIGNED IT.

署名をする前にこの用紙に目を通し、内容を理解しました。

Signature of Patient or Legally Authorized Representative  
(if patient is a minor or unable to sign)

患者または法的に許可された代理人の署名（患者本人が未成年  
または署名不可能な場合）の署名

Printed Name of Legally Authorized Representative  
(if patient is a minor or unable to sign)

患者または（患者が未成年か署名ができない場合は）法的後見人  
名前を活字体で記入

Relationship:  Spouse  Parent  Next-of-Kin  
関係： 配偶者 親 最近親者

Legal Guardian  DPOA for Healthcare  
法的保護者 医療に関する委任者

Consent Obtained, Explained and Witnessed by:

同意書を受け取り、説明し、証人となった医療提供者

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.  
日付 (mm/dd/yyyy) 時間 午前/午後  
(月/日/西暦年)

**Excluded Sites:** Check here if the operative site is  
considered an excluded site. Excluded sites are as  
follows:

該当外箇所：処置を施す箇所が該当外であるとみなさ  
れる場合はここにチェックマークをつける。該当外の  
箇所には次のようなものがある。

- Mid-line sternotomy for a non-sided organ (e.g., CABG)  
体にひとつしかない内臓のための胸骨正中切開術  
(例：冠状動脈バイパス術)
- Cesarean deliveries  
帝王切開による出産
- Surgery through a body orifice that does NOT  
involve laterality of the organ (e.g., Cystoscopy)  
人体の開口部からの処置で臓器の左右が関係しない  
場合 (例：膀胱鏡検査)
- Laparotomy, laparoscopy that does NOT involve  
laterality of the organ (e.g., splenectomy,  
laparoscopic cholecystectomy)  
開腹術や腹腔鏡検査で臓器の左右が関係しない場合  
(例：脾臓摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術)
- Interventional procedures for which the site of  
insertion is NOT predetermined, such as cardiac  
catheterization procedures, angiography, and  
dialysis catheters  
心臓カテーテル法、血管造影法、透析カテーテルな  
どの介入的処置で挿入箇所が事前に指定されていな  
いもの
- Breast biopsy with wire localization  
乳房のワイヤー生検
- Intra-oral and dental procedures  
口腔や歯科的な処置
- Premature infants, for whom the mark may cause a  
permanent tattoo  
未熟児でマーカーでつけた印が永久に残る恐れがあ  
る場合
- Marking for superficial cosmetic procedures using  
lasers (or similar energy-based devices) or  
injectables (such as neurotoxins and soft tissue  
fillers) when there are multiple sites and/or when  
marking would be impractical or pose a potential  
adverse outcome to the procedure.  
レーザー（またはその他同様の器具）を使った表面  
の美容目的の処置や（神経毒や軟組織充填材など  
の）注入物質を使った処置で治療箇所が複数であつ  
たり、印をつけにくい箇所であつたり、印をつける  
ことで結果に悪影響が出ると予想される場合。

**Request and Consent to Medical, Surgical,  
Radiological or Other Procedures (Japanese)**医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

**Consent to Optional Tissue Research**  
任意の組織研究に関する同意書

-University of Michigan Tissue Procurement Core: IRBMED HUM 00045864, PI=Director, Tissue Procurement Core  
-ミシガン大学組織調達センター(TPC) : IRBMED HUM 00045864, PI=組織調達センターのディレクター

**Purpose of the Research and Any Research Uses or Disclosures: 研究目的および研究での使用や開示 :**

The University of Michigan maintains a Tissue Procurement Core ("TPC"). University and other researchers use tissue and related information gathered by the TPC to learn more about cancer and other medical conditions now and in the future.

ミシガン大学が組織調達センター("TPC")を管理しています。大学と大学研究者は現在及び将来にわたり TPC が収集した組織や関連情報を使用し、がんやその他の病状について学んでいきます。

**Research Procedures: 研究手順:**

If you agree to participate in this research project by signing below, you will not have any procedures other than those described on page 5 of the procedure consent form. Only excess tissue will be given to the TPC. Your doctors will not take more tissue from you than they need to diagnose or treat your condition. 下記に署名をし本研究プロジェクトへの参加に同意されても、医療処置同意書の5ページに記載されている以外の処置は受けません。余分な組織を TPC へ提供して頂くだけです。主治医は、あなたの状態を診断、治療する以外の余分な組織は削除しません。

**Risks and Benefits of the Research: 研究参加へのリスクと利点:**

There are no known risks to participating in the research. If you do participate, the tissue and information you donate to us will be used to help us learn more about cancer and other medical conditions and to help others in the future who may have these conditions. You will not be paid or reimbursed for your participation in the research project, even if it results in commercial developments by the University of Michigan or others. 研究への参加に関し、リスクは確認されていません。参加された場合、あなたから寄付して頂いた組織と情報は、私達ががんやその他の病状を学ぶため、また他の人が将来このような病気にかかった場合に彼らを助けるために使用します。本研究プロジェクトの参加に関し、ミシガン大学やその他の機関が結果として営利的な発展を遂げたとしても、報酬や返済は受けません。

**Information to be Used or Disclosed: 使用または開示される情報 :**

A unique code will link your tissue to your medical record without use of your name. If you agree to participate in this project, information from your medical records – including any information about diagnosis or treatment for mental health, substance abuse, HIV/AIDS, or other communicable diseases – may be collected by the researchers and used for this project. Some of the information will be put into the project database. 名前を使用せずに独特の符号を使ってあなたの組織と医療記録を連携させます。本研究プロジェクトへの参加に同意された場合、精神科の診断や治療、薬物乱用、HIV/AIDS、その他の伝染性疾患を含むあなたの医療記録にある情報が研究者によって収集され本研究に使用される可能性があります。いくつかの情報は、研究のデータベースに入力されます。

**People Allowed to Release and Receive the Information: 情報の開示と受領が許可されている人 :**

By signing your name below, you agree to let the University of Michigan and its health care providers share your tissue and medical record information with the TPC and researchers at the University of Michigan or in other locations for research purposes. Also, University and government officials and others who oversee the research may have access to the records. 下記に署名することにより、あなたは、ミシガン大学とミシガン大学の医療提供者が研究を行う目的であなたの組織や医療記録を TPC および本研究に参加しているミシガン大学研究者や学外の研究者へ開示することに同意することとなります。大学職員、政府当局者、その他の研究の監督者も情報を入手する可能性があります。

**Right to Revoke: 無効の権利 :**

You have the right to revoke your authorization at any time by writing to the Tissue Procurement Core at 1150 West Medical Center Dr. MSRB 1, 4520D, Ann Arbor, MI, 48109-5602. If you do, only the information that already has been used for a specific research project will continue to be used. However, your information will not be further used or disclosed without your permission unless required by law. あなたには、組織調達センターあてに手紙を出していつでも許可の取り消しをする権利があります。あて先の住所は 1150 West Medical Center Dr. MSRB-1, 4520D, Ann Arbor, MI, 48109-5602 です。そうした場合、すでに特定の研究プロジェクトで使用された情報のみが引き続き使用されます。しかし、法的な要請がない限り、あなたの情報が許可なしに使用または開示されることは今後ありません。

30-10543	VER: B/16 HIM: 08/16	Medical Record		Consent - Procedure / Treatment / Evaluation
----------	-------------------------	----------------	---	--

**Request and Consent to Medical, Surgical,  
Radiological or Other Procedures (Japanese)**医療、外科、放射線科、またはその他の治療処置に関する  
リクエストおよび同意書

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

ENTER PATIENT INFORMATION or APPLY PATIENT LABEL TO ALL PAGES

**Voluntary Participation/Refusal to Sign: 任意の参加/署名の拒否 :**

Participating in this research project is completely voluntary. If you decide not to participate, or if you decide to withdraw (end your participation), you will not suffer any penalty or loss of benefits to which you otherwise would be entitled. Your treatment at the University of Michigan will not be affected by your willingness or refusal to participate. 本研究プロジェクトへの参加は、完全に任意のもので、不参加を決断または参加を取りやめた（参加を終了した）場合、いかなる罰則を科せられることも利益を損失することはありません。早く参加頂いても拒否されても、ミシガン大学におけるあなたの治療には影響ありません。

**Duration of Study and Expiration Date or Event: 研究の期間と期限 :**

Unless you revoke your authorization, your permission for us to use your tissue and related information will not expire. This study is expected to continue indefinitely. あなたが許可を無効にしない限り、組織使用の許可および情報の開示に期限はありません。本研究は、無期限に継続します。

**Privacy Rights: プライバシーの権利 :**

If your information is disclosed to individuals outside the University of Michigan, it may no longer be protected by the federal privacy regulations. However, as long as it remains in the University, it will be protected by our own policies and procedures. For more information on our privacy practices, please refer to the University of Michigan Notice of Privacy Practices, available at <http://www.med.umich.edu>, search for "Notice of Privacy Practices". あなたの情報がミシガン大学以外の個人に開示された場合は、連邦政府のプライバシー規制では保護されなくなります。しかし、情報が大学内に残っている限り私達独自の方針と手順によって情報は保護されます。プライバシーの取り扱いに関する詳細は、ミシガン大学 Notice of Privacy Practices を参照して下さい。  
<http://www.med.umich.edu> にて公開しています。"Notice of Privacy Practices"を検索して下さい。

**Contact Information: 連絡先 :**

To learn more about this study, contact the Tissue Procurement Director at (734) 615-4470. For information about your rights as a research subject, write to our institutional review board (IRB/MED) at 2800 Plymouth Road, Building 520, Room 3214, Ann Arbor, MI 48109-2800, call (734) 763-4768, or e-mail [irbmed@umich.edu](mailto:irbmed@umich.edu). For more information about privacy at the University of Michigan, contact our Privacy Director at (734) 615-4400 or call toll-free, (866) 990-0111. 本研究に関しての情報は、組織調達ディレクター (734) 615-4470 までご連絡下さい。研究被験者としての権利に関する情報は、治験審査委員会 (IRB/MED) 2800 Plymouth Road, Building 520, Room 3214, Ann Arbor, MI 48109-2800 まで書面でご連絡頂くか、電話番号 (734) 763-4768、またはEメール [irbmed@umich.edu](mailto:irbmed@umich.edu) までお問い合わせ下さい。ミシガン大学のプライバシーに関する詳細は、プライバシーディレクター(734) 615-4400 またはフリーダイヤル(866) 990-0111 までご連絡下さい。

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)  
患者または法的に許可された代理人の署名 (患者本人が未成年または署名不可能な場合) の署名

Printed Name of Legally Authorized Representative (if patient is a minor or unable to sign)

患者または (患者が未成年か署名ができない場合は) 法的後見人の名前を活字体で記入

Relationship:  Spouse  Parent  Next-of-Kin  Legal Guardian  DPOA for Healthcare  
関係: 配偶者 親 最近親者 法的保護者 医療に関する委任者

Consent Obtained, Explained and Witnessed by  
同意書を受け取り、説明し、証人となった医療提供者

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.  
日付 (mm/dd/yyyy) 時間 午前/午後  
(月/日/年)