

例)、リパーゼ増加 15% (48 例) でした。

他の治療選択肢・代替医療について：

根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の本剤以外の治療について

●このお薬以外に、他の免疫チェックポイント阻害薬、チロシキナーゼ阻害薬（ヤーボイ点滴静注＋オブジーボ点滴静注療法※、バベンチオ＋インライタ併用治療、キイトルーダ＋インライタ併用治療などの併用療法を含む）、サイトカイン療法、mTOR 阻害薬などによる治療があります。

ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がりを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点はご理解を深めて頂けるようにご質問ください。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし治療を受けなければ、おそらく数ヶ月後には何らかの症状が出現してくるものと思われます。痛みなど多くの症状は現在の緩和治療でほとんど取り除くことができると思われますが、時に病的骨折などコントロールできにくい症状を認めることがあります。ただ、症状を緩和する治療は日々進歩しており、つらい症状を抱えたまま日々生活することはまずありません。以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

※中間～ハイリスク根治切除不能、転移群のみの適応です。

セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

この「オブジーボとカボメティクスを併せて腎細胞がん治療を受ける患者さんへ」の説明を聞いて、オブジーボ点滴静注とカボメティクスを併せて腎細胞がんの治療を受けることに同意しない場合でも、あなた（患者さん）の今後の治療に不利益になることはありません。

あなた（患者さん）がオブジーボ点滴静注とカボメティクスを併せて腎細胞がんの治療を受けることに同意し、治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、あなた（患者さん）の今後の治療や看護等の診療内容に不利益になることはありません。

わからないことや確認したいこと、相談したいことがある時は、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： _____

私は、ニボルマブとカボザンチニブ併用治療の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また

医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。
なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 _____ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 _____ 印（本人との続柄 _____）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要