

臨床研究・症例報告等への自分の診療情報等使用に反対する方は提出してください。

(この書類を出された場合も、あなたが診療上、不利益を受けることはありません)

臨床研究・症例報告等への診療情報・検査試料等の使用に関する 不同意書

信州上田医療センター 病院長 殿

私は、「臨床研究・症例報告等への診療情報・検査試料等の使用に関する包括的同意」
について同意しません。

令和 年 月 日 (記載日)

本人 (患者さん) 氏名： _____ (自署)

住所： _____

電話番号： _____

生年月日： (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

診察券番号： _____

だいたくしゃ
代諾者 署名： _____ (自署)

(患者さんとの関係： _____)

- ※ 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人がご署名ください。
- ※ 患者さんが 15 歳以下の場合、病気などで、ご本人が記載することが困難な場合は、保護者などのご家族が、患者さんのお名前をご記入のうえ、代諾者欄にご署名ください。
- ※ 原則として主治医へ提出してください。主治医に提出できない時は受診している診療科受付へ提出してください。

----- 担当医記入欄 -----

担当医署名： _____ (自署)

(カルテに不同意であることを記載後、本書に署名する。)

※ 不同意書を受け取った場合、治験推進室 (4205、4245) に連絡してください。
スキャン取り込み・文書保管します。