

病理検体に関する同意書

ID No. 0006927092

患者氏名

生年月日

性別 男

発行科 消化器・一般外科

発行月日 2017 年 11 月 1 日

病理検査のために採取された組織などの保存と
処理、またそれらの医学教育、診断精度管理、
医学研究への使用について

名古屋市立大学病院長 様

私は病理検査を受けることになりました。病理検査の内容や意義について説明を受けました。
また大学病院における診療、教育、研究の役割についても説明を受けました。

説明を受け、同意される項目にレ点をつけて下さい。いかなる意思表示をされても、それにより
不利益を受けることは一切ありません。また同意はいつでも撤回・変更ができます。

1. 病理検体の保存に関する同意

病理検査の終了後、採取された検体の重要な部分は、今後、あなたの治療などに役立てる
ため、当院で無期限に保存されます。また、残余の検体が生じた場合は、一定の保存期間
(約3ヶ月)の後、当院の責任で火葬に付すなど適切に処理されます。

☒ 上記に同意します。 ☐ 上記に同意しません。(希望処置:)

2. 病理検体の検査目的外使用に関する同意

検体が、医学教育、診断精度管理、医学研究に使われることがあります。その際には
国の指針*に従って取り扱います。必要に応じて当施設の倫理委員会の審査を受けます。
しかし、個人情報公開されることはありません**。また、遺伝病など子孫に受け継がれ得る
情報を扱う研究に用いることはありません。

*ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針、2001年3月29日、文部科学省、厚生労働省、経済産業省

**検体や診療情報から個人情報(分担)管理者により、住所、氏名などが削除され、代わりに新しく符号が付けられます
(匿名化)。個人とこの符号との対応表は個人情報(分担)管理者により厳重に管理されます(連結可能匿名化)。

☒ 上記に同意します。 ☐ 上記に同意しません。

(平成・西暦) 29 年 11 月 1 日

[患者氏名]

[代諾者氏名]

続柄

母

代諾者住所

[説明者]

(平成・西暦) 2017 年 11 月 1 日

所属 消化器・一般外科

担当医師名 柳田 剛

