

当院を受診される皆様へ

∞∞診療情報の活用に関するお願いと同意書∞∞

当院では平素より患者様の診療情報（血液・尿・組織・画像検査等）をもとに、的確かつ有効な診断、治療を行うことを心掛けております。今後、こうした診療情報を診断・治療技術の向上、医学教育・研究のための貴重な情報として活用させていただきたいと考えております。

つきましては、診療情報の日常診療外の活用については是非ご協力いただけますよう、お願い申し上げる次第です。

ご同意が得られた場合、各種検査の結果や臨床経過などの診療情報は医学論文や学会などで発表されることがあります。いずれの場合にも、プライバシーの保護に十分配慮し、個人が特定されることはありませんのでご安心下さい。

この同意についてはご本人の自由意志であり、拒否したために診療上の不利益を被ることは全くありません。また、同意していただいた場合でも、ご本人の都合により、いつでも同意を撤回することができます。

上記説明を受けて、診療情報の活用に関し

☐ 同意します

☐ 同意しません

年 月 日

氏 名（自署）_____

代諾者（自署）_____（続柄 _____）

日本医科大学付属多摩永山病院院長殿

説明医師

診療科名_____

医 師 名_____