

データ（血液、画像を含む）の結果を医学研究に使用する事についての承諾書

〈患者様へ〉

あなたのデータはこの領域の医療や医学を進歩させるために大変貴重なものです。  
今後、その内容を学会、研究会や学術雑誌（国内外を問わず）に発表することがあります。  
したがって、以下の点をご了解、ご承諾いただくようお願いいたします。

1) 年齢、性別、治療内容、生存の有無、死亡の場合死因など診療情報を利用させていただきます。なお、ご協力いただけるか否かによって、治療や検査方法が変わることは全くありません。

2) ご協力をお願いすることは次の2点です。

- ① 下記の同意文書に署名していただくこと
- ② あなたのカルテの記録を研究結果の分析に利用させていただくこと

3) 個人情報の取扱いについて

あなたから提供された診療情報などのデータは、個人を特定できない形式で管理され、あなたの個人情報が外部に漏れることは一切ありません。

あなたの検査結果（データ）が、学会や医学雑誌などで公表されることはあります。このような場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

[患者さんの署名欄]

上記内容について、十分説明を受けるとともに質問する機会を得ました。この説明により検体の保存についてよく理解し、実施について承諾致します。

同意日：平成30年12月11日

患者さん氏名：



[担当医師の署名欄]

私は、上記の患者さんについて十分に説明した上で同意を得ました。

説明日：平成30年12月11日

説明医師氏名：

東山 康