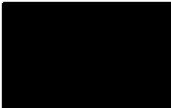
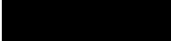


診療録用

大学病院の特性についてご理解をお願いします。

ID : 患者氏名 : 

生年月日 : 昭和41年10月09日 年齢 : 55歳1ヶ月 性別 : 女

本院は、高度な医療の提供と高度な医療に関する開発・評価・研修を行う特定機能病院として承認されています。また、診療を通じて医学の教育と研究を行っていますので、この趣旨をご理解のうえご協力をお願いいたします。

東京医科大学病院長 殿

私は下記につき理解し、☒ チェックしたものについて同意いたします。

- ☐ 1. 教育を目的として医療情報を東京医科大学病院で学ぶ医療系学生や臨床研修医に提供すること(教育教材や試験問題の作成など)。
- ☐ 2. 医療系学生(国外医学生を含む)が臨床実習において病歴聴取や見学などの医行為などを行うこと(ただし厚生労働省ガイドラインで定められた範囲内)。
- ☐ 3. 学会主導の疾病登録事業(がん登録を含む)に参加すること。
- ☒ 4. 症状、検査結果、画像、写真などを学会や学術論文として発表すること
(症例報告、臨床研究、多施設共同研究、治験、製造販売後臨床試験などを含む)。*
- ☐ 5. 血液、尿、細胞、組織などの身体から採取された検体を保存し、種々の医学研究に应用すること(本人の疾病診断や予後解析など必要な情報を含む)。*

* ただし、個人を特定する情報(氏名、住所、電話番号など)は削除されます。

同意いただけない場合でも、診療上の不利益をこうむることはなく、また、いかなる時でもこの同意は撤回できます。

注意:同意の可否にかかわらず、必ずご署名下さい。

患者氏名(自署)



20 2 / 年 / 1 月 6 日

代諾者(自署)
(保護者・親族等)

続柄

20 年 月 日

大学病院の特性についてご説明し、上記を確認しました。

担当医氏名(自署)

久 貝 奈 津 美

東京医科大学病院

