

データ/画像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〉

あなたの病気は稀な疾患であり、そのデータ/画像はこの領域の医療や医学を進歩させるために大変重要なものです。

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。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 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。

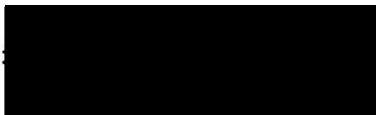
あなたの検査結果（データ）が、学会や医学雑誌で公表された場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

【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よく理解し、実施について承諾致します。

同意日：令和 3 年 1 月 26 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：令和 3 年 1 月 26 日

説明医師氏名： 斉藤 誠



データ/画像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〉

あなたの病気は稀な疾患であり、そのデータ/画像はこの領域の医療や医学を進歩させるために大変重要なものです。

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。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 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。

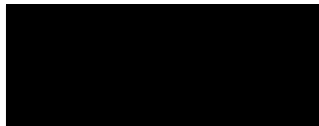
あなたの検査結果（データ）が、学会や医学雑誌で公表された場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

[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よく理解し、実施について承諾致します。

同意日：令和 3 年 / 月 6 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：令和 3 年 | 月 6 日

説明医師氏名： 斉藤 誠



データ/画像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〉

あなたの病気は稀な疾患であり、そのデータ/画像はこの領域の医療や医学を進歩させるために大変重要なものです。

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。

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 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。

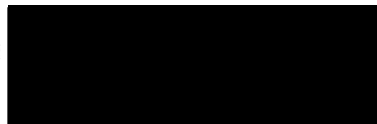
あなたの検査結果（データ）が、学会や医学雑誌で公表された場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

【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よく理解し、実施について承諾致します。

同意日：令和 3 年 1 月 19 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：令和 3 年 1 月 19 日

説明医師氏名： 斉藤 誠



データ/画像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〉

あなたの病気は稀な疾患であり、そのデータ/画像はこの領域の医療や医学を進歩させるために大変重要なものです。

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。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 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。

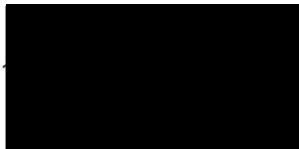
あなたの検査結果（データ）が、学会や医学雑誌で公表された場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

〔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よく理解し、実施について承諾致します。

同意日：令和 2 年 11 月 5 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：令和 2 年 11 月 5 日

説明医師氏名： 齊藤 誠



データ/画像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〉

あなたの病気は稀な疾患であり、そのデータ/画像はこの領域の医療や医学を進歩させるために大変重要なものです。

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。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 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。

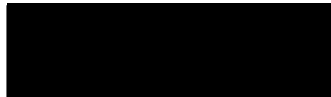
あなたの検査結果（データ）が、学会や医学雑誌で公表された場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。

【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よく理解し、実施について承諾致します。

同意日：令和 4 年 3 月 5 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：令和 4 年 3 月 1 日

説明医師氏名： 齊藤 誠



データ/画像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〉

あなたの病気は稀な疾患であり、そのデータ/画像はこの領域の医療や医学を進歩させるために大変重要なものです。

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。

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 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、学会や医学雑誌で公表された場合にも、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よく理解し、実施について承諾致します。

同意日：令和 3 年 7 月 24 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：令和 3 年 7 月 24 日

説明医師氏名： 斉藤 誠

