

患者番号

患者氏名

病院保管用

## 同意書

私は、患者様の血液、関節液その他の体液、手術検体、臨床経過、検査結果、画像所見などを診断、治療以外の医学教育、研究の目的のために利用する必要性について説明しました。ただし個人名などのプライバシーの厳守は徹底することについても説明し、同意を得ました。

平成 28 年 06 月 23 日

東京歯科大学市川総合病院整形外科

医師

穴澤 卯圭

この度上記の件について説明を受け、納得したので同意します。

平成 28 年 6 月 23 日

患者氏名

家族等氏名

