

患者番号 [REDACTED] [REDACTED] 様 昭和39年11月4日 男性 内科

病名 非アルコール性脂肪肝炎、筋緊張性ジストロフィー

・伊藤さんの事例（病歴データ、肝生検結果、診断、治療経過など）を日本肝臓学会東部会に発表させて頂き、あわせて論文として発表させて頂きます。医療の質や診断技術の向上、医師の教育や啓蒙に使用させて頂きます。発表に際し、名前や個人情報が同定されないよう、匿名化に十分注意します。以上説明させて頂きましたが、同意を頂ける場合はサインをお願い致します。

***SIGNATURE OF PATIENT/PARENT// GUARDIAN / NEXT OF KIN

署名:

氏名 (活字体で書いてください)

住所:

電子メールアドレス:

電話番号:

- ・ ご本人の代わりに署名される場合、その理由を記載してください (例: 本人死亡、本人が未成年者である、認知機能に障害があるなど)。

日付:

- ☐ ご本人のご家族、またはその他関係者の方が署名される場合、ご家族の皆さま、あるいはその他関係者の皆さま全員がこの同意について承知されていることを確認してボックスにチェックを入れてください。

ご本人が7歳以上のお子さまである場合、ご本人も自ら同意する必要があります:

署名:

氏名 (活字体で書いてください):

生年月日:

日付:

患者さんご本人またはその代理人の方にこの同意書の内容を説明し処理した者 (例: 担当著者やその他同意を得る資格のある者) の詳細。

署名:

氏名 (活字体で書いてください):

職種または役職:

医師

住所:

施設名:

信州大学

電子メールアドレス:

naopi@shinshu

電話番号:

日付:

2018/3/3

-u.ac.jp