

この意志確認書は、「診療情報・試料等を医学研究・教育へ利用させていただくことについて」に同意いただけない場合にのみ提出してください。

なお、意志確認書が提出されない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

地方独立行政法人那覇市立病院 病院長 宛

診療情報・試料等を医学研究・教育へ利用することについての 意志確認書

私は、診療情報・試料等を医学研究や教育に利用することについての説明を理解し、以下のとおり判断しました。（以下のにチェックしてください。）

「医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用」について同意しません。

西暦・和暦（令和）※該当する欄に○印をつけてください

署名した日：_____年_____月_____日

診察券番号（_____）

患者氏名_____（自署または保護者の代筆）

西暦・和暦（明治・大正・昭和・平成・令和）※該当する欄に○印をつけてください

生年月日：_____年_____月_____日

電話番号：_____

※未成年者（20歳未満）の場合は、保護者の署名を以下にお願いいたします。

保護者氏名_____ 続柄（_____）

※ご記入できていない箇所（記載漏れ、記載不備）があった場合は、「意志確認書」を受領できません。後日、担当者から確認させていただく場合もございます。

患者の皆さんへ

診療に伴い発生する診療情報（病名、治療内容、検査所見、画像等）や試料（人体から採取された血液、体液、組織、細胞など）を医学研究、教育に使用することについてのお願いです。

当院は診療のみではなく医学研究、教育機関としての役割を担う施設です。このため、診療情報や試料を診療以外に医学研究、教育の目的で使用させていただきたいのです。

この使用を承諾するか否かはあなたが納得されたうえで決めてください。なお、使用を断っても不利益を受けることはありませんし、使用を承諾された場合でもいつでもこれを撤回できます。使用を承諾されなかった場合、あなたの血液、体液、組織、細胞などは診療目的のための検査が終われば速やかに廃棄処分いたします。また、医学研究、教育に使用するために診療に必要とされる量以上を採取することも一切ありません。

あなたの人権保護について

この使用を承諾するかどうかはあなたの自由です。あなたの意志を尊重し、あなたの承諾が得られた場合のみ使用させていただきます。この使用について疑問点がありましたらいつでも遠慮なくお申し出ください。

あなたの診療情報や試料を使用した検査結果が、学会や文献の発表に使用されることがありますが、あなたの名前や身元などが明らかになることは決してありません。

あなたの人権とプライバシーの保護には十分に配慮いたします。万一問題が生じた際は当院が責任を持って解決し、ご迷惑をおかけしません。

以上をご理解いただき、別紙の意志確認書にあなたの意思をご記入ください。