

診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用についての不同意書

荏原病院 院長様

私は、本日以降、「診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用についての同意(包括的同意)」について了承することができません。

平成 年 月 日

本人(患者様)氏名

印(自署)

住所

電話番号

生年月日

診察券番号

代諾者氏名

印(自署)

(本人との関係:)

以上

※記載にあたっては、裏面の留意事項をよくお読みください。

以下、主治医記入欄

主治医氏名

※カルテ記載後に署名すること。

「診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用についての不同意書」への記載・提出に関する留意事項

記載上の留意事項

1. 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人が記入してください。
なお、この場合、代諾者氏名欄は記載不要です。

2. 次のいずれかに該当する場合は代諾者が記載してください。この場合、代諾者氏名欄にもご署名、ご捺印ください。
 - A) 疾病等の理由により、ご本人による判断、記載が困難な場合。
 - B) 15歳以下の場合。

3. 誤りなく登録するためにも、各事項についてもれなくご記入ください。

提出上の留意事項

提出先は原則として主治医となります。どうしても主治医への提出が困難な場合には、外来については受付事務、病棟については看護師に提出してください。