

帝京大学医学部附属病院 病院長 殿

「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」
の意思確認書

私は、診療情報・診療等を医学研究や教育に利用することについて、説明を理解し、以下の通り判断致しました。(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。

署名した日 西暦_____年_____月_____日

診察券 ID _____

本人氏名 _____(自署または代諾者の代筆)

生年月日 西暦_____年_____月_____日

代諾者<代諾者が必要な場合>

代諾者氏名 _____(自署) 本人との続柄 (_____)

この意思確認書は、「診療情報・試料等を医学研究・教育に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、意思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。