

試料等の研究目的利用に関する不同意書

医療法人社団保健会 谷津保健病院
院長 殿

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

平成 年 月 日

患者氏名： _____ (自署)

代諾者氏名： _____ (自署)

本人との続柄： _____

住所： _____

電話番号： _____

生年月日： _____

◆ 記載上の留意事項

1. 患者さま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。