

臨床研究についてのお願い

医療法人健康会 嶋田病院 院長

当院では、医療の質向上および医学の発展を目的として、診療情報を用いた臨床研究を実施することがあります。

【臨床研究の内容】

- ・ 通常診療で得られたデータ等を使用し、新たな侵襲や追加検査は行いません。
- ・ 個人を特定できないよう匿名化した上で解析します。

【自由意思】

- ・ 同意しなくても診療上の不利益は一切ありません。

【倫理審査】

- ・ 臨床研究は、すべて当院倫理委員会の承認を得て実施されます。

【撤回について】

- ・ 臨床研究の同意は、いつでも撤回できます。

第2部 臨床研究 同意署名欄 （どちらかに✓を入れてください）

- ☐ 診療情報の臨床研究利用に同意します。
- ☐ 同意しません。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者本人）

氏名 _____

（家族・保証人）

氏名 _____

（説明者）

氏名 _____