

# 医療研究に関する同意書

本同意書は、将来行われる可能性のある様々な医療研究に対し、包括的に同意いただくためのものです。

## 1. 同意の範囲

本同意書は、以下の範囲における医療研究へのご協力について同意いただくものです。

- ・**研究対象となる情報**：診療情報(既往歴、現在の病状、検査結果、画像情報、治療内容など)、その他、医療行為に伴い発生する情報。
- ・**研究の種類**：医学・医療の発展に寄与するあらゆる研究。
- ・**研究機関**：当院および当院と共同研究を行う研究機関(大学、製薬会社、医療機器メーカーなど)。

## 2. ご提供いただく情報の利用目的

ご提供いただいた情報は、上記の医療研究目的のみに利用されます。研究結果は、学術論文発表、学会発表、その他公開される場で報告されることがあります、その際、患者様個人が特定できる情報は一切開示されません。

## 3. 個人情報の保護と匿名化について

ご提供いただいた個人情報は、個人情報保護法および関連法規に基づき厳重に保管されます。研究に利用する際は、原則氏名、住所、生年月日など、個人を特定できる情報は削除または匿名化されます。

## 4. 同意の撤回について

本同意はいつでも、いかなる理由であっても撤回することができます。同意を撤回された場合でも、患者様が受けた医療行為や診療に不利益が生じることは一切ありません。同意撤回以前に取得され、匿名化された情報につきましては、研究に利用される場合がありますのでご了承下さい。同意の撤回を希望される場合は、当院までご連絡ください。

## 5. その他

- ・本同意書の内容についてご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。
- ・研究内容が特定された場合、研究内容についての情報、共同研究機関につきましてはホームページへ記載いたします。

私は、上記「医療研究に関する同意書」の内容について説明を受け、十分に理解した上で、医療研究への情報の提供および利用に同意します。

ご署名日： 年 月 日

患者様氏名：\_\_\_\_\_

(代諾者氏名：\_\_\_\_\_ 患者様との関係：\_\_\_\_\_)