

この用紙は「血液・組織などや診療情報を研究に利用してほしくない方」のみご提出ください。

## 血液・組織などや診療情報の研究への利用に関する不同意書

佐久総合病院 病院長 殿

私は、「診療目的で採取された血液・組織などや診療情報を医学研究で利用することに関する<sup>ほうかつてきどうい</sup>包括的同意」について同意いたしません。

平成 年 月 日 (記載日)

本人 (患者さん) 氏名 : \_\_\_\_\_ (自署)

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

生年月日 : (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日

診察券番号 : \_\_\_\_\_

<sup>ただいやくしゃ</sup>代諾者署名 : \_\_\_\_\_ (自署)

(患者さんとの関係 : \_\_\_\_\_)

- ※ 患者さんご本人による記載が可能であれば、ご本人がご署名ください。
- ※ 患者さんが 15 歳以下の場合、病気などで、ご本人が記載することが困難な場合は、保護者などのご家族が、患者さんのお名前をご記入のうえ、代諾者欄にご署名ください。

----- 担当医記入欄 -----

担当医署名 : \_\_\_\_\_ (自署)

(カルテに不同意であることを記載後、本書に署名し、電子カルテにスキャンすること。)

※ 不同意書を受け取った場合、臨床研究・治験センター (内線 : 347) に連絡してください。スキャン取り込み・文書保管します。