

試料等の研究目的利用に関する不同意書

佐野病院 院長殿

私は、本日以降、「試料等の医学研究への利用についての同意(包括的同意)」について了承することができません。

平成 年 月 日

本人(患者様)氏名 _____ 印(自署)

住 所 〒

電 話 番 号 _____ (_____) _____

生 年 月 日 (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 生れ

代諾者氏名 _____ 印(自署)

(本人との関係) _____

※記載にあたっては、裏面の留意事項をよくお読みください。
以下、主治医記入欄

主治医氏名 _____

※ カルテ記載後に署名すること。

主治医→医事課

「試料等の医学研究への利用についての不同意書」への記載・提出に関する留意事項

記載上の留意事項

1. 患者さん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、ご捺印ください。
 - 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、病棟については病棟詰所に提出してください。