

## 診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用の不同意表明書

新渡戸記念中野総合病院 病院長 殿

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

年 月 日

本人(患者様)氏名

印 (自署)

住所

電話番号

生年月日

診察券番号

代諾者氏名

印 (自署)

(本人との関係: )

以上

※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、担当医記入欄

担当医氏名

※カルテ記載後に署名すること。

医事課 → スキャンセンター

## 「診療に伴い発生する試料等の医学研究への利用の不同意表明書」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) 19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担当医となります。

担当医への提出が困難な場合には、外来については医事課、病棟については看護師に提出してください。