

茅ヶ崎中央病院 御中

同意書

○受診の同意について、お尋ねいたします

検査の注意事項をご理解いただき、検査を受けることに同意します。また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを承します。

令和_____年_____月_____日

署名_____

(受診者ご本人の自筆にて署名をお願いいたします)

○個人情報保護に対する同意事項について、お尋ねいたします

以上の内容（説明事項）をご理解いただき、また下記の内容について同意の有無をお尋ねいたします。【下記の事項に同意をなされない場合でも、他の受診者の方と比較し、今回の検査については、なんら不利益を受けるものではありません。】

<p>検査結果を医学会や医学雑誌に発表させていただいてもよろしいでしょうか？ なお、発表の際にはお名前など個人情報は一切公表いたしません。</p>	<p><input type="checkbox"/> 同意します</p>
---	---------------------------------------

※医療法に基づく保護義務のある情報（ご受診頂く検査から得られる情報と、このときお持ちいただく診療情報提供書・問診票などの情報）に関しましては、患者様のご意向（同意）に関わらず、当院のデータベースに登録し厳重な管理を行い保存させていただきます。