

試料等残余検体および情報の医学研究への利用に関する 不同意書

伊藤病院院長 宛

私は、本日以降、診療に伴い発生する試料等残余検体および情報の医学研究への利用について、同意（包括同意）いたしません。

年 月 日

患者様氏名 _____（自署）

I D _____

代諾者氏名 _____（自署）

本人との関係 _____

記載上の留意事項

1. 患者様ご本人による記載が可能である場合、必ず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. 患者様ご本人が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、代諾者氏名欄に署名をお願いいたします。
(1) 疾病等の理由により、ご本人による判断および記載が困難な場合。
(2) 18歳未満の場合。
3. 不同意書は医師、または看護師に提出してください。

以下、担当医記入

指 示 書

上記、不同意書をカルテに添付し、不同意患者様リストに登載後、保管・管理
するよう指示します。

担当医氏名 _____

患者様氏名 _____ I D _____