

# 不 同 意 書

## 診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについて

徳島県立中央病院長 殿

私は、「診療情報・試料等を医学研究・教育に利用することについて」への同意（包括的同意）を、了承することはできません。

令和 年 月 日

本人（患者さん）氏名 \_\_\_\_\_（自署）

診察券番号 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_（自署）

本人との関係 \_\_\_\_\_

### 記載上の留意事項

- 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。
- 次のいずれかに該当する場合は、代諾者（保護者、後見人など）の方が記載してください。
  - 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
  - ご本人が未成年の場合
- 不同意書は、外来患者さんは事務受付、入院患者さんは病棟看護師に提出してください。

以下、担当医記入欄

### 指 示 書

（医事課・診療情報センター行き）

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

診療科名 \_\_\_\_\_

担当医氏名 \_\_\_\_\_

カルテ番号 \_\_\_\_\_