

不 同 意 書

診療に伴い発生する検体（検査検体及び病理検体）、画像などの試料等を使用することについて

群馬循環器病院 殿

私は、「診療に伴い発生する検体（検査検体及び病理検体）、画像などの試料等を医学研究・医学教育などに使用することへの同意（包括同意）」について了承することができません。

平成 年 月 日

本人（患者さん）氏名 _____ (自署)

住 所 _____

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

- 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。
- 2 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。
 - (1) 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
 - (2) ご本人が15歳以下の場合
- 3 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、主治医記入欄

指 示 書

(医事課行き)

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

診療科部名 _____

主治医氏名 _____

カルテ番号 _____

(カルテ添付後に署名すること。)