

眼科外来診療に伴い発生する画像・検体の 研究使用への包括同意について

那覇市立病院眼科外来では安全でかつ高度な医療を提供するため、日々努力を続けており、医療の向上を目指すためには、診断や治療に貢献する研究、検査技術の維持・向上、教育などに対する積極的な取り組みが必要です。

このような取り組みを行っていくため、みなさまの検査検体や病理検体、眼周囲の外眼部写真や眼底写真及び画像診断等を研究・教育（学会発表等）に使用させて頂くことに対して、皆様の同意をお願いしております（これを包括同意と言います）。

同意にあたっての説明内容は以下の通りです。

- ・対象は診療記録用カメラで撮影した病変部の写真、眼底写真、前眼部及び外眼部の顕微鏡写真、その他の眼科専門検査。また、採血等の検体検査や病理検査、CT、MRI、エコーなどの医用画像を対象とします。
- ・検体等を必要な場合、研究・教育の目的に使用させていただきます。
- ・検体等を研究に用いる場合は、倫理委員会で審査され使用されます。
- ・検体等は病院が責任を持って保存・管理いたします。
- ・使用にあたっては個人のプライバシー保護に最善の注意を払います。（病変部の写真を使用する場合には、目線を入れる等個人が特定できない配慮を行います）

同意に関してはいつでも撤回することができます。また、不同意による患者さんの不利益は一切ありません

はい、上記内容を理解して検査内容の提供に同意します

いいえ、同意しません

医師からの説明を受け理解出来ましたら、下記に署名をお願いいたします。

_____年 _____月 _____日

患者署名： _____

代諾者署名： _____

患者さんとの関係（ _____ ）

説明医師署名： _____ 印

患者さんが未成年者若しくは、心身障害のため署名不能な時は、保護義務者（後見人、配偶者、親権を行う者または扶養義務者）若しくは担当医が代筆してください。
代筆の場合は、患者署名、代諾者署名の両方を記入してください。

同席者がある場合に記入

同席者署名： _____