

診療情報の開示同意書

九州厚生会クリニック
院長 殿

私は「九州厚生会クリニックへの診療情報の開示の可能性」について、以下の説明を受けました。

個人情報の使用について

免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のため、九州厚生会クリニックへの情報開示および使用に関する事項

☐ 以下の情報、並びに採取された生体試料（末梢血、がん組織等）を個人情報に十分配慮したうえで使用することを同意します。

＜使用する情報＞

(a) 年齢 (b) 性別 (c) 病名（診断名、病期分類）(d) 既往歴（従来の疾患歴）
(e) 治療、投薬及び手術歴等、並びにその内容 (f) 血液及び画像所見 (g) 病理所見

＜情報の使用目的＞

(a) 学会・論文等における発表 (b) 学術支援活動並びに免疫細胞療法等の啓発活動
(c) 症例検討会（社内のみならず社外の医師、看護師等を行う症例情報に関する検討会を含みます）
(d) ホームページにおける掲載 (e) 患者様向けセミナー

☐ 上記情報を使用することに同意しません。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（患者様・ご家族様またはそれに準ずる者）

ご氏名 _____

上記の内容について、私が説明をしたことを確認します。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

一般社団法人九州厚生会 九州厚生会クリニック

同意取得医師 _____