

診療情報の開示同意書

東京ミッドタウン先端医療研究所
所長 田口 淳一 殿

私は、免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のための情報開示および使用に関する事項について説明を受けました。

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 of 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、看護師等と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) 氏名

ご住所

ご連絡先

(ご家族様またはそれに準ずる者)

氏名

(続柄 _____)

ご住所

ご連絡先

上記の内容について、同意されたことを確認します。

日付 _____ 年 月 日

東京ミッドタウン 先端医療研究所

〒107-6202 東京都港区赤坂 9-7-1 ミッドタウン・タワー 6階

同意取得医師 _____