**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**

徳島県鳴門病院長　殿

私は、「診療情報・試料等を医学研究・教育に利用すること」への同意（包括的同意）

について、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**

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. ご本人が未成年の場合

３　不同意書は、患者サポートセンターに提出してください。

以下、担当医記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　指　示　書　　　　　　　　　　　（患者サポートセンター行き）

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