

ERA・EMMA・ALICE 検査についての同意書

私はERA・EMMA・ALICE 検査について、医師やスタッフからの説明と文書によって下記の事項について十分に理解し、納得した上で、検査を受けることに同意します。

治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。

また、副作用の出現や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

*別紙『ERA・EMMA・ALICE 検査についての説明書』とともに下記事項を1つずつ振り返り、質問や再確認したいことがなければ、左端の患者口欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

<希望検査>

- 1) ERA 検査のみ
2) EMMA・ALICE 検査のみ
3) ERA・EMMA・ALICE 全ての検査

<説明内容>

- 1) 方法について
2) リスクについて
3) 費用について

<注意事項>

- ①この同意書の提出がない場合は、ERA・EMMA・ALICE 検査を行うことはできません。
必ず提出してください。
- ②この同意書は、今回のERA・EMMA・ALICE 検査用です。今回の検査後に、再び同じ検査を希望する場合は、その都度、同意書の提出が必要です。
- ③この同意書を提出後でも、治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができます。
- ④今回ご説明したERA・EMMA・ALICE 検査は、厚生労働省の定める先進医療にあたります。
- ⑤患者様の個人情報、個人情報保護法及び、当院の規約で取り扱い、治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただくことがあります。

施設責任者 医療法人社団愛慈会 理事長 松本玲央奈

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者【 _____ 】

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所： _____
電話番号： _____
ID： _____ 本人氏名（自署）： _____

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管して下さい。