

不 同 意 書

診療に伴い発生する検体（検査検体及び病理献体）、画像を研究・教育
・検査業務（精度管理）に使用することについて

県立大島病院長 殿

私は、「診療に伴い発生する検体（検査検体及び病理献体）、画像を研究・教育
・検査業務（精度管理）に使用することへの同意（包括的同意）」について了承することができません。

年 月 日

本人（患者さん）氏名 _____（自署）

住所 _____

代諾者氏名 _____

本人との関係 _____

記載上の注意事項

- 1 患者さん本人による記載が可能であれば、ご本人が記載して下さい。
- 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）の方が記載して下さい。
 - 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15歳以下の場合