

# 医学・薬学研究、教育、医療安全に関する包括的 同意撤回書

---

## 【同意撤回について】

同意の撤回を希望される場合は、こちらの「同意撤回書」を担当医に提出してください。  
その場合、診療に必要とする以外の情報・試料は速やかに廃棄します。ただし、既に公表されたものや統計データとして使われた情報は廃棄できません。

熊本市民病院長 殿

私は、診療で得られた私の各種情報・試料（診療情報や検査試料等）を将来、何らかの研究に利用されることに対して同意をしましたが、その同意を撤回します。

同意撤回日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

代諾者： \_\_\_\_\_ (自署) 続柄： \_\_\_\_\_

(チェック欄)

代諾の理由：  本人に判断能力が無い  署名不能  緊急時

未成年者のため  その他 ( \_\_\_\_\_ )

同意撤回の意思を確認いたしました。

確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

熊本市民病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

医 師： \_\_\_\_\_ (自署)

同席者： \_\_\_\_\_ (自署)