

진료 정보 공개 동의서

원장 전

저는 “모토 아자부 힐즈 메디컬 클리닉에 진료 정보에 대한 공개 가능성”에 대하여 이하의 설명을 받았습니다.

개인정보의 사용에 대해

면역 세포 요법 등의 연구 개발 · 인지 · 보급을 위해 모토 아자부 힐즈 메디컬 클리닉에 대한 정보 공개 및 사용에 관한 사항

이하의 정보 및 채취된 생체시료(말초혈, 암조직 등)를 개인정보를 충분히 배려한 후에 사용하는 것에 대하여 동의합니다.

<사용하는 정보>

- (a) 연령 (b) 성별 (c) 병명 (진단명, 병기 분류) (d) 기왕력 (종래의 질병력)
- (e) 치료, 투약 및 수술력 등과 그 내용 (f) 혈액 및 화상 소견 (g) 병리 소견

<정보의 사용 목적>

(a) 학회 · 논문 등에서의 발표 (b) 학술 지원 활동 및 면역 세포 요법 등의 계발 활동 (c) 증례 검토회(사내 뿐만 아니라 사외의 의사, 간호사 등과 실시하는 증례 정보에 관한 검토회를 포함합니다) (d) 홈페이지 게재 (e) 환자를 위한 세미나

위 정보를 사용하는 데 동의하지 않습니다.

덧붙여 이 동의는 언제라도 철회할 수 있는 것을 확인했습니다.

동의 연월일 _____년 _____월 _____일

(환자·가족 또는 그에 준하는 사람)

이름 _____

상기 내용에 대하여 본인이 설명했음을 확인합니다.

설명 연월일 _____년 _____월 _____일

모토 아자부 힐즈 메디컬 클리닉

동의 취득 의사 _____