

## 診療情報の開示同意書

院長 殿

私は「元麻布ヒルズメディカルクリニックへの診療情報の開示の可能性」について、以下の説明を受けました。

### 個人情報の使用について

免疫細胞療法等の研究開発・認知・普及のため、元麻布ヒルズメディカルクリニックへの情報開示および使用に関する事項

以下の情報、並びに採取された生体試料（末梢血、がん組織等）を個人情報に十分配慮したうえで使用することを同意します。

#### <使用する情報>

(a) 年齢 (b) 性別 (c) 病名（診断名、病期分類） (d) 既往歴（従来 of 疾患歴）  
(e) 治療、投薬及び手術歴等、並びにその内容 (f) 血液及び画像所見 (g) 病理所見

#### <情報の使用目的>

(a) 学会・論文等における発表 (b) 学術支援活動並びに免疫細胞療法等の啓発活動  
(c) 症例検討会（社内のみならず社外の医師、看護師等を行う症例情報に関する検討会を含みます） (d) ホームページにおける掲載 (e) 患者様向けセミナー

上記情報を使用することに同意しません。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

（患者様・ご家族様またはそれに準ずる者）

ご氏名 \_\_\_\_\_

上記の内容について、私が説明をしたことを確認します。

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

元麻布ヒルズメディカルクリニック

同意取得医師 \_\_\_\_\_