

患者同意書

ファイル番号：

タイトル：

著者（著者ら）：

患者さんは、この同意書への署名を拒否する権利を有しています。しかし、たとえこの同意書への署名を拒否したとしても、その患者さんの治療において不利益などの影響が生じることはありません。

■ 以下の項目をよくお読みになり、承諾される場合は署名をお願いします。

- ・私は、私の治療に関する画像やその他の臨床情報をカナダの医学会雑誌「Canadian Medical Association Journal（CMAJ）」において報告されることに同意します。
- ・私は、私の名前やイニシャルは掲載されないことや、私の個人情報を秘匿するよう努力されることを理解していますが、完全な匿名性を保証できないことも理解しています。
- ・私は、作成物が CMAJ や CMAJ のウェブサイト、そして CMAJ からの出版物・作成物などに掲載・利用されることを理解しています。その結果としてその作成物が公衆の目に触れる可能性があることも理解しています。

患者氏名

患者の生年月日

患者または代理者の署名（日本語での記載も可）

署名した日付

■ 代理者が署名した場合

- ・患者から見た代理者の関係 _____
※代理者は、代理決定者や法廷後見人であること、または委任状を持っている必要があります。
- ・患者が同意・署名できない理由（例：患者が未成年、同意・署名能力がない、既に死亡している）

■ もし使用される画像に患者の顔または患者を特定できるような模様がある場合、次の点もご理解して頂いた上で、下の欄へも署名をお願いします。

- ・私は、私の顔や特徴的な身体の模様などが掲載されることを承諾します。またその結果、私の名前やイニシャルが掲載されていないにも関わらず、私個人が特定される可能性があることを理解しています。

患者または代理者の署名（日本語での記載も可）

署名した日付