

この意思確認書は、診療情報・試料等を臨床研究に利用させていただくことについて同意いただけない場合のみ提出してください。

なお、意思確認書が提出されない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

意思確認書

「地域包括ケア病棟の大腿骨近位部骨折患者における自宅退院の可否に関する因子の検討」

〈患者さんの記入欄〉

私は、診療情報・試料等を臨床研究に利用することについての説明を理解し、以下の通り判断しました。(以下の□に✓してください。)

「臨床研究のための診療情報・試料等の利用」について同意しません。

署名した日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号 _____

本人氏名 _____ (自署または代理人の代筆)

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳