

医学系研究に関する情報の公開について

(31-36)

研究機関名*	独立行政法人労働者健康安全機構 大阪労災病院
研究課題名*	資格試験受験の実績証明
所属科*	中央検査部
研究責任者*	山元 政志
研究実施期間	開始 西暦 年 月 日 ~ 終了 西暦 年 月 日 (予定)
対象疾患(予定症例数)	(20 症例)
研究対象となる治療・手術・検査の時期	自 西暦 年 月 日 ~ 至 西暦 年 月 日
研究概要*	資格試験受験の実績証明のため 過去検査症例を臨床的考察・診断を含め提出する
倫理的配慮・個人情報の保護の方法について*	連結可能匿名化を行う。対応表は超音波検査室で厳重に保管する。連結可能匿名化されたデータのみを提供する。個人を特定できる情報を明らかにすることは決して行わない。
研究の問い合わせ先*	072(252)3561 大阪府堺市北区長曾根町1179番地3 超音波検査室(3682) 独立行政法人 労働者健康安全機構 大阪労災病院

* 記入必須項目

不同意書

課題名 超音波検査士資格試験受験の実績証明 について

独立行政法人労働者健康安全機構 大阪労災病院 院長 殿

私は、詳細な診療情報を当該研究に使用することには同意いたしません。

西暦 年 月 日

診察券番号 _____

本人（患者さん）氏名 _____ (自署)

又は

代諾者氏名 _____ (自署)

本人との関係 _____

記入上の留意事項

- 1 患者さんご本人による記入が可能であれば、ご本人が記入してください。
- 2 患者さんご本人が記入できない場合は代諾者（ご家族、後見人など）の方が記入してください。
- 3 記入しましたら、医事課入院受付等にご提出願います。