

浜松労災病院で診療を受けられる患者さんへ
診療情報を研究や教育の目的に保管させていただくことについてのお願い

この文書は、当院を受診したあなたの診療の過程で得られた身体状況、検査や治療、経過などに関する記録や、エックス線写真などの画像情報（以下「診療情報」といいます。）を保管し、医学の進歩のために、医学研究や教育に利用させていただくことをお願いするためのものです。

私たち浜松労災病院スタッフは、安全で質の高い医療を提供するために最善を尽くしつつ、これまでに治すことができなかった病気の新しい治療を見つけ出すことも重要な使命とし、日夜研究や教育に努めております。しかしながら、このような研究や教育のためには、皆様の診療情報を利用させていただくことが不可欠です。これらの研究や教育から得られる成果は、現在病気と闘う患者さんのみならず、将来の患者さんがよりよい医療やケアを受けるために役立つ可能性を秘めています。

つきましては、以下の点をご理解いただき、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

1. この文書によって研究や教育に用いることを願う診療情報は、通常の診療の過程で取得する診療情報に限られます。この文書は研究や教育のために追加の血液・尿・組織等を採用したりエックス線などの画像を撮影したりするためのものではありません。
2. 今回のお願いに対して同意されない場合も、あなたが不利益を受けることはありません。あなたが、このお願いについて協力することができないと考えられる場合には、お手数ですが、このお願いと一緒にお渡しした不同意書にご記入のうえ、病院1階医事課にご提出ください。その場合には、診療情報は研究や教育に利用することはありません。これに対し、不同意書を提出されなかった場合には、あなたが、このお願いに同意されたものとして取り扱わせていただきます。
3. あなたが、今回は不同意書を提出されなかった場合でも、後日不同意書を提出することも可能です。不同意書は病院1階医事課にもありますので、ご記入のうえご提出ください。それ以降、診療情報は研究や教育に利用することはありません。不同意書提出の時点で、あなたの診療情報が既に研究に使用されていた場合には、既に研究で使用された情報を完全に破棄できないことがあります。その場合は、その情報とあなたを特定する情報を結びつけることができないようにします。
4. 当院では、患者さんの診療情報を個人情報保護方針に基づき、適切な管理体制により保管します。
5. 診療情報を利用するすべての研究は、その都度研究計画を作成し、倫理委員会による審査を経て病院長の承認を受けたうえで実施されます。どのような研究が行われているかは、以下の当院のホームページにおいて公開します。

<https://www.hamamatsuh.johas.go.jp/>

6. 研究の結果は学会発表や論文、研究用データベースなどにより公開します。その際は、個人の住所、氏名、生年月日などの第三者が直後個人を特定できる情報は一切公開されることはありません。また、診療情報をご提供いただいた方に対して、個別に研究データをご報告することは原則としていたしません。

7. 研究によっては、その結果知的財産権などの権利が生じる可能性が考えられます。このような場合、その権利は浜松労災病院に属します。また、不同意書の提出があなたの診療に影響を与えることはありません。費用はかかりませんし、謝礼をお渡しすることはありません。

8. 当院や外部の研究機関が、調査のための質問票を郵送ならびにメール便にて送付させていただく際に、その研究機関へ、当院がお預かりしているあなたの住所や電話番号を提供することがあります。提供に際しては、同調査が適切な審査を経て機関の長の承認を受けていることを確認します。

以上の説明に関してより詳しい情報をご希望の方は、下記の問い合わせ窓口までお知らせください。

独立行政法人労働者健康安全機構
浜松労災病院長

問い合わせ窓口

浜松労災病院医事課

郵便 430-8525 静岡県浜松市東区将監町 25

電話：053-462-1211

対応時間：8：30～17：00 土日祝、年末年始、創立記念日（7/1）除く

不同意書

浜松労災病院長 殿

私は、以下の通り、私の診療情報を研究や教育の目的で利用することに同意しません。

(以下の1または2に☑を付けてください)

1. 本日以降収集される診療情報の研究や教育への利用は認めません。しかし、これまでに収集された情報については、今後もその利用を認めます。
2. これまでに収集された診療情報及び本日以降新たに収集される診療情報の研究や教育への今後の利用は認めません。

記載日：西暦_____年_____月_____日

本人（患者さん）氏名（自筆）：_____

生年月日：西暦_____年_____月_____日

診察券番号（7桁）：_____

代諾の場合：患者さん氏名_____

代諾者氏名（自筆）：_____（続柄：_____）

私は、上記、不同意の意思を確認しました。

確認日：西暦_____年_____月_____日

確認者：所属_____氏名（自筆）_____