【患者さん・ご家族へ】

～～ 「症例報告・臨床報告」についての御説明 ～～

私たちは「症例報告・臨床報告」という形を通して、治療の成果や治療中に起きた問題などについて、医療者同士または高齢者歯科医療に関わる者が経験を共有しています。共有することで、診断や医療安全などの水準を向上し、治療方法の検討などを行い、解決の糸口を見つけることや、診療技術および介護技術の向上を目指したいと考えています。

そうした目的のために患者さんの症状経過、処方内容、検査データなどの診療情報を、個人情報を保護して患者さんが特定されない形にして、「症例報告・臨床報告」に活用させていただきたいと思います。

具体的には、 下記の方式をとります。

■学会発表：学会 学術大会の場で、スライドを用いた口頭・ポスター発表で報告

■論文発表：学会 学術誌に文章で報告

発表の際、患者さんの個人情報を保護するために、次のような配慮・工夫をします。

■氏名 …イニシャルも含めて提示しません。

■生年月日および住所は提示しません。

■年齢 …診療録に基づいて提示します。

■日付 …診療録に基づいて提示します。

■地名 …診療した歯科医師の情報として医療機関名や地域は記載します。

■家族歴・職業歴など …報告に必要不可欠な事項に限定します。

■画像・検査データ・その他の診療情報 …必要な場合に最小限の部分だけ提示することがあります。患者番号や氏名といった個人を特定可能な情報は削除します。顔写真が必要な場合は患者さんの同意を得た上で、容易に個人を特定できないアングルからの撮影または写真加工をいたします。

これらの情報は研究実施者が保管・管理し、報告後は責任をもって廃棄します。

この件へのご協力は自由です。お断りになっても診療上の不利益がないことをお約束いたします。また、一度同意した場合でも、後で取りやめることができますのでいつでもお申し出ください。ただし、同意取りやめの時点で報告済みの情報や、切り離してしまって誰の情報かわからない情報については、削除できない場合があります。

なお、通常の保険診療費用はかかりますが、研究や報告に関する費用は一切かかりません。

以 上

～～ 症例報告・臨床報告への同意書 ～～

1. 私は担当歯科医師から、医療水準の向上・医療者の育成などの目的で、私の診療情報を症例報告・臨床報告に活用したいという申し出を受けました。

2. 私は担当歯科医師から、次のような説明を受けました。

●症例報告・臨床報告の場（学術大会、学術誌など）や形（口頭、文章）、診療情報の利用方法、個人を特定されない形にすること（個人情報保護の方法）

●同意するかどうかは自由であり、同意せず断ったり、一度同意した後に同意を取りやめたりする場合にも診療上の不利益は生じないということ

●同意取りやめの時点で報告済みの情報や、切り離してしまって誰の情報かわからない　情報については、削除できない場合があること

3. 私は、以上を理解した上で、診療情報を症例報告・臨床報告に用いることに同意します。

日付（西暦）　 　　　年 　　月　　 日

患 　者　署名 ＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿

代諾者 署名 ＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿ （続柄 ＿＿＿＿＿）

本研究に対する質問、お問い合わせがございましたら、下記までご連絡ください。

〒〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇県〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇歯科医院

電話：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

担当歯科医師 署名 ＿＿

＊2部作成します。１部は担当歯科医師が保管します。もう1部は同意された方が保管してください。