

(別紙様式2)

エキノкокクス症患者票の調査研究利用についての同意書

年 月 日

北海道知事様

患者住所

患者氏名

代理人氏名

(患者さんと異なる場合、代理人氏名も記入してください。)

私は、北海道エキノкокクス症対策協議会患者調査専門部会が、診断医師に対してエキノкокクス症患者票の内容を照会するとともに、エキノкокクス症の発生状況や原因等を明らかにするために、同票が調査研究の基礎資料に利用されることに同意します。

<同意のお願い>

北海道においては、エキノкокクス症の予防並びにエキノкокクス症の患者の発見及び治療のための対策の推進を図るため、学識経験者や行政機関の職員が委員となった北海道エキノкокクス症対策協議会を設置しています。

この協議会には、エキノкокクス症の発生状況、患者の治療状況及び予後などの調査研究を行う患者調査専門部会を設置しており、この調査研究に当たっては、エキノкокクス症患者票が基礎資料として利用されることについて、患者の同意を得た上で実施することとしていますので、御協力をお願いします。

なお、エキノкокクス症患者票の利用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、調査研究以外の目的には一切利用することはありません。