

患者様およびご家族様へ
**臨床研究「茨城県臨床検査技師会主催による精度管理調査に
おける細胞診標本の使用」へのご協力をお願い**

1. はじめに

当病院では、検査の精度の向上並びに標準化を推進していくために精度管理調査に参加しております。本研究では精度管理調査を行うにあたり、当病院で作製された細胞診標本を用いて精度管理問題を作成しています。そこで、この臨床研究における患者様の医療情報等の取り扱いや研究のための手続きなどについて説明させていただきますので、ご理解とご協力を頂きますようお願い致します。なお、本研究の対象となるのは細胞診断のために細胞診標本を作製した患者様です。

2. 研究の方法について

本研究は当病院の倫理委員会により所定の審査を経て許可を得て行っております。

3. 診療情報等の管理について

研究のデータは主に電子的に処理され、本研究の結果を解析するために使われます。解析のために患者様の診療に関する医療情報を使用させて頂く場合がありますが、個人情報保護のために、名前は記号や番号に置き換えて取り扱われます。皆様の個人情報の管理は十分慎重に行い、プライバシーの漏洩がないように致します。

4. 研究参加への同意または不同意について

この臨床研究への参加の同意・不同意は患者様の自由であり、同意しない場合でも、なんら不利益を受けることはありません。また、参加同意後もいつでもこれを撤回できます。研究への参加をご希望されない方、また参加同意を撤回されたい方は、お手数ですが備え付けの書類にご署名頂き、最寄りのナースステーションまたは臨床試験推進センターまで提出をお願い致します。

5. 研究成果の公表について

この研究によって得られた研究成果などが、科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、公開内容には個人のプライバシーに関わることは含みません。

ご不明な点やご質問などございましたら下記連絡先までお願い致します。

2022年7月20日

〒309-1793 茨城県立笠間市鯉渕 6528

茨城県立中央病院・地域がんセンター 医療技術部臨床検査技術科

電話:0296-77-1121(内線 2276) FAX:0296-77-2886

Mail:y-komura @chubyoin. pref. ibaraki. jp

古村 祐紀

<不同意書>

茨城県立中央病院院長
島居 徹 殿

私は、「茨城県臨床検査技師会主催による精度管理調査に
おける細胞診標本の使用」の研究に同意致しません。

令和 年 月 日

ご本人様氏名 _____
(ご本人様またはご家族様ご署名)

ご家族様氏名 _____
ご家族様がご署名の際はご本人様のお名前もご記入ください。