

患者様およびご家族様へ

臨床研究「白内障手術パスの入院期間の短縮（1泊2日）にむけた取り組み」 へのご協力をお願い

1. はじめに

今回、我々は「白内障手術パスの入院期間の短縮（1泊2日）にむけた取り組み」というテーマで臨床研究をおこない、診療業務の見直し、改善を通じて、安全かつ負担が少ない患者様への医療サービスについて検討を致しました。この臨床研究には、電子カルテの診療情報を使わせて頂くこととなります。その際の電子カルテの診療情報の取り扱いや研究のための手続きなどについて、ここで説明させていただきますので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

この臨床研究の対象となる患者様は、2022年10月～2023年3月までの期間に、入院にて白内障の手術をお受け頂いた患者様です。すでに電子カルテ内に記録されている診療情報を使わせていただきますので、これ以上のご負担をおかけすることはございません。尚、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。

2. 診療情報等の管理について

診療情報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が、個人情報保護のために、あらゆる情報は匿名化して取り扱います。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。

3. 同意または不同意について

この臨床研究への診療情報使用の同意・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。臨床研究への使用をご希望されない方は、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研究推進センターまで提出をお願い致します。

4. 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、学会発表や雑誌などへの投稿に使用される場合がありますが、同様に公開内容には個人のプライバシーに関わることは含まず、個人情報は保護されます。

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。

2023年 4月 18日

〒309-1793 笠間市鯉淵 6528 TEL 0296-77-1121 (代)
茨城県立中央病院 看護局 3東看護師長 高栖 宏美

<不同意書>

茨城県立中央病院 院長 殿

私は、「白内障手術パスの入院期間の短縮（1泊2日）にむけた取り組み」
の臨床研究に同意致しません。

____年 ____月 ____日

ご氏名

(ご本人様またはご家族様ご署名)

*ご家族様にご署名して頂いた際には、患者様ご本人にお名前もご記入下さい。