

患者様およびご家族様へ
「茨城県立中央病院におけるがん遺伝子パネル検査
～連携病院としての取り組みと実績～」
へのご協力をお願い

1. はじめに

当病院では、よりよい診断のために学会で報告を行っています。今回、2025 年度関甲信支部・首都圏支部医学検査学会（第 61 回）において『茨城県立中央病院におけるがん遺伝子パネル検査～連携病院としての取り組みと実績～』という演題発表を行います。この発表には、患者様の診療に伴って発生する医療情報、病理標本画像を用いる事が不可欠となります。そこで、この発表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いたします。なお、本発表の対象となるのは 2019 年 1 月～2025 年 8 月までに当院で「がん遺伝子パネル検査」を受けられた患者様が対象となります。

電子カルテに記録されたがん遺伝子パネル検査の結果やその後の治療そして使用した病理検体の画像のみを発表に使わせて頂きますので、皆様にはこれ以上のご負担をおかけすることはございません。尚、本発表は当病院の倫理委員会により所定の審査・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

発表のデータは主に電子的に処理され、本発表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そのまま使用させていただく場合もありますが、個人情報保護のために、名前など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。

3. 同意または不同意について

この発表への診療情報提供の同意・不同意は患者様の自由意志であり、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。診療情報提供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いたします。

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、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。

2025 年 10 月 1 日

〒309-1793 笠間市鯉淵 6528 TEL 0296-77-1121（代）
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター
臨床検査技術科 病理・遺伝子（病理部） 古村 祐紀

<不同意書>

茨城県立中央病院 病院長 殿

私は、「茨城県立中央病院におけるがん遺伝子パネル検査～連携病院としての取り組みと実績～」に同意致しません。

____年 ____月 ____日

患者様ご氏名 _____

ご家族ご氏名 _____

(ご本人様またはご家族様ご署名)

* ご家族様がご署名頂いた場合は、患者様ご本人のお名前もご記入下さい。