**「症例報告」に関する説明と同意**

**これは見本です。**

**必ずしも同じ書式である必要はありませんが、１−４の項目に関する説明は必須です。**

**説　明**

これまでの治療経過や検査データといった診療情報について、日本障害者歯科学会学術大会で、症例報告として発表させていただくことをお願いします。

1. 目的

症例報告は、治療中に起きた問題や治療の成果などについて、医療者同士が経験を共有するために行います。患者さんの診療情報などを個人が特定されない形にして、利用させていただきます。こうした情報は診断や治療、医療安全など医学・医療のさらなる進歩に関与するものであり、人々の健康および福祉の向上のために役立てられます。

1. 方法

　　　　　年 月 - 日に開催される日本障害者歯科学会学術大会において、スライドを用いた口頭・ポスター発表で報告します。また、本学会の抄録集に、文章(抄録)として概要が掲載されます。

3.人権擁護と個人情報の保護について

発表するにあたり、人権擁護と個人情報の保護については、最善の注意を払い、発表に不可欠な事項を除き、患者のプライバシーに関する事項については、以下に従い、個人を特定できないように十分配慮します。

1）「個人情報」および「個人識別符号」は記載しません。  
　2）個人の住所は記載しません。  
　3）日付は個人が特定できないと判断される場合は年月までを記載することがあります。  
　4）他の情報と照合することにより個人が特定され得る場合、診療科名は記載しません。  
　5）既に他院などで診断・治療を受けている場合、その施設名や所在地を記載しません。  
　6）顔写真を提示する際には目を隠します。  
　7）画像等を示す際は、症例を特定する番号などは記載しません。  
　8）以上のほか、個人を特定できるものは配慮します。

4.協力の任意性と同意撤回の自由について

発表にご協力いただくかどうかは、ご自身またはご家族の自由です。お断りになっても不利益となることはありません。また、一度ご同意いただいた場合でも、途中で取りやめることもできます。ただし、その時点で既に発行されている抄録集等の印刷物については、掲載を取り下げることができませんのであらかじめご了承ください。

**同意書**

わたしは日本障害者歯科学会学術大会に「症例報告」として演題を発表することについて、下記の説明者より説明を受け、その内容を十分に理解し、納得しました。「症例報告」に関する責任者が、演題を発表することについて同意します。

□同意します　　　　　　　　□同意しません

年 月 日

本人署名:

代諾者署名: 続柄( )

説明者： 説明時同席者：

連絡先: 責任者氏名: