死亡時画像診断読影および画像保存と使用に関する承諾書

　　　　　北海道大学大学院医学研究院長　殿

　　　　　　　　　死亡者

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　氏名(フリガナ)

　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女

　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　明　大　昭　平　令　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　死亡年月日　　　　　　　令和　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　死亡の場所

　　　　　〈説明を受け、理解した項目の□にレ点をつけてください〉

* 読影報告書発行後、画像は北海道大学病院あるいは北海道大学大学院医学研究院において保存します。
* もしあなたが同意してくださるなら、画像の一部を医学教育や医学研究のために使用させていただきたいと思います。この場合、氏名など個人を特定できる情報は一切出しません。
* 同意するかどうかは全く自由で、撤回も可能です。
* 医学研究の結果があなたや死亡者の家族に有益なことはほとんどありません。しかし病気の研究が進むことで患者の皆さんに有益だと思われます。
* 研究成果は学術的に公表されます。
* 研究により乗じた知的財産権や経済的利益は、あなたや死亡者、およびその家族には属しません。

〈画像の取り扱いに関する条件〉

同意される条件文の(　)に〇印をつけ、署名してください。

（　）診断報告書発行後、画像(一部含む)はできるだけすみやかに削除することを希望する。

（　）画像の一部を医学教育のために使用してもよい。

（　）画像の一部を医学研究のために使用してもよい。

　　　　　上記の条件で、死亡者の画像取り扱いにつき承諾いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　承諾者

　　　　　　　　　　　　署名、または記名・捺印

　　　　　　　　　　　　死亡者との関係

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　説明者

　　　　　　　　　　　　所属および職名

　　　　　　　　　　　　署名、または記名・捺印