

## 患 者 同 意 書

担当医ならびに施設長 殿

私は、担当医が日本脊椎関節炎学会診断相談プラットフォーム (JSAS-DCP)を利用するにあたって、以下の注意事項を全て確認し、理解・同意します。

- 私の臨床情報を個人が特定されない形で JSAS-DCP に提供されることを説明され、同意しています。
- 私は、JSAS-DCP における助言が直接的な問診や診察を行わずにあくまでも臨床情報の一部に基づいたものであり、JSAS-DCP は診断における責任を負うことは一切なく、担当医が診断において参考とするものであることを十分に理解しています。
- JSAS-DCP への申し込みから助言が得られるまでには日数を要し、2 ヶ月以上となる場合もあることを理解しています。
- 今回個人が特定されない形で提供に同意した臨床情報は、学会事務局において一定期間保管され、学会が関与する講演会におけるスライドや出版物として二次利用される可能性があることを理解し同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_  
(代諾者氏名 \_\_\_\_\_)