**日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）**

**専門医技能評価のための包括的同意**

**当院でカテーテル治療を受けられる患者の皆様へ**

**皆様の診療の際に得られた経過やデータ、診療の際に得られたカテーテル治療のCD画像、レントゲン画像、血液などの診療情報は病院に保管されます（記録情報）。これらの情報は将来、同じ疾患の方の診断や治療の発展につながる可能性のある大切な情報です。**日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）は、PCIをはじめとするカテーテル治療を専門に行う医師たちの学術団体です。 本学会は安全なカテーテル治療を広く普及させることを目的とし、またカテーテル治療を行う医師の中で優れた能力と技術を持つ医師を専門医と認定することにより、診断・治療技術の向上と新しいカテーテル治療法の開発を図り、広く社会に貢献することを目指しています。

カテーテル治療専門医は、高い倫理性と幅広い医学的知識の上に、高度なカテーテル技術を修得することが要求されます。本学会では、知識と技術が専門医のレベルに達したことを判定する方法として、相当数の手術件数を経験したのち、まず筆記試験を行い、その合格者に対して技能評価を課しております。つきましては、**将来、**記録情報を専門医技能評価に**利用させていただきたいと考えております。**

必要性を十分にご理解いただき**皆様に同意をお願いしております（これを包括的同意といいます）。包括的同意をくださった皆様の記録情報は、個別に説明や同意を得ることはしませんが専門医審査に提供されます。**皆様の個人情報保護に十分に配慮し、**その時点で個人が特定されるような情報は含まれておりませんので、そのために不利益を被ることはございません。**

**なお、**担当医師から説明を受けた上で、同意いただくかどうかはあなたの自由な意思で決めてください。一旦同意いただいても、いつでも撤回できます。あなたが拒否された場合もあなたが不利益を受けることはありません。

以上、ご不明の点があればご自由に担当医にお尋ね下さい。

　　　　　　　　　　　　　日本心血管インターベンション治療学会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長 中村正人

**要提出**

**包　括　的　同　意　書**

病院名：

院長 殿

日本心血管インターベンション治療学会

理事長　中村　正人　殿

私は、日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）専門医技能評価の趣旨を了解し、技能評価を目的として、術者の記録情報を利用することを包括的同意致します。

　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

患者氏名：

住　所　：

親族氏名：（続柄　　　　　）

住　所　：