

ライブ研修への協力依頼について

(患者様氏名) 様

この度、カテーテル治療に際し、下記の要領でライブ研修を行うことについてご協力いただきたく、お願い申し上げます。なお、この研修に協力するかどうかは、あなた様の治療とはなんら関係がなく、ご協力いただけない場合でも不利益を受けることはありません。

記

1 ライブ研修の目的と方法について

この研修は、カテーテル治療の普及と治療技術の向上などを通して、患者さんによりよい医療を提供することを目的として行われるものです。

そのため、研修参加者に対してカテーテル治療の状況をライブで放映（公開）し、その参加専門医とともに、最良の治療方法を検討しながら治療を行うこととなります。したがって治療方法が当初予定していたものと変わることもありえます。またライブは、多くの医師の叡智を集めた治療を提供すべくディスカッションをしながら手技を行うため、通常の手術よりも時間がかかることがあります。

なお、場合によっては、当院が認めた他の医療施設のカテーテル治療専門医が治療に関与する場合があります。

2 研修参加者について

研修参加者は、この分野の医療に携わっている医師や看護師、技師などの医療従事者とそのための医療器具を製造販売している企業関係者などです。いずれも、カテーテル治療に関連する業務に携わっている方で、研修目的に相応しい方々に限られています。

3 プライバシー保護について

研修参加者には、患者様の名前や住所は公表しません。

以上

〇〇〇〇〇〇〇〇病院
院長 〇〇〇〇〇〇

ライブ研修への協力に関する承諾書

平成 年 月 日

〇〇〇〇病院 病院長 殿

この度、カテーテル治療を受けるにあたり、担当医師より、カテーテル治療の状況を公開することなどライブ研修の内容について説明を受けました。つきましては、上記ライブ研修のために、治療状況を公開しながらカテーテル治療を受けることを承諾致します。

(患者)

住所：

氏名：

印

事情により本人が承諾の意思を表明できないため、本人に代わり承諾いたします。

(代理)

住所：

氏名：

印