

## 臨床研究への不同意申出書

独立行政法人国立病院機構横浜医療センター

院長 殿

この度、横浜医療センターで行われております「術後せん妄を発症した慢性硬膜下血腫の患者に身体拘束を実施した期間と在院日数の分析について」に関する研究に、私の診療録からの情報提供及びその利用に同意しません。

西暦 年 月 日

署名欄 :

患者氏名 署名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 署名 (続柄 \_\_\_\_\_)

(代筆者必要理由) \_\_\_\_\_

代諾者氏名 署名 (続柄 \_\_\_\_\_)

(代諾者必要理由) \_\_\_\_\_