

研究へのご協力のお願い

ご協力いただくみなさまへ

本診療所は明海大学歯学部付属する医療機関であり、患者様の治療を行うとともにより良き医療を提供するための歯科医学に関する臨床研究機関としての役割も担っております。

このために、通常の歯科治療を行う上で必要な口腔内写真・デンタルX線写真・歯周組織検査・スタディーモデル等から得られた資料の分析へのご協力をお願いいたしております。

本研究は、あくまでも歯科治療を行う際、従来どおり行う診査・治療で得られた資料の分析・研究であるため、治療の予後を左右するものではありません。

また、研究へのご協力をご本人の自由意志によるもので、同意が得られなくとも不利益を受けることは全くありません。

本研究で得られました全ての情報は所属長の責任の下に厳重に管理保管し、あなたのプライバシーが侵害されることがないように格別の注意を払わせて頂きます（プライバシーの保護）。学会や論文等であなたを含む多くの方の検査結果に基づいた研究成果を発表することがありますが、その際にはあなたを含む全ての方について氏名や氏名を特定する情報を明らかにすることは決してありません（個人情報の流出防止および保護、資料の匿名化）。

私たちの研究は医の倫理であるヘルシンキ宣言（2004年10月）に則り、厳守して行うものであります。

治療期間の短縮および長期的維持安定が得られることで、患者様のQOLの向上に繋がることが期待されます。

みなさまのご理解と、ご協力をお願い申し上げる次第であります。

明海大学PDI東京歯科診療所
所長 松田 哲

患者様へ

本診療所は歯学部附属機関であり歯科医師の養成、生涯研修および研究を行う役割も果たしております。

つきましては、口腔内写真やX線写真などを十分にプライバシー配慮および個人特定などが不可能な状態のもとで、医療倫理の原則であるヘルシンキ宣言に則り、上記目的に使用させていただくことがありますので何卒ご理解を頂きたいようお願い申し上げます。

明海大学 PDI 東京歯科診療所
松田 哲

同意書

明海大学 PDI
東京歯科診療所 所長 殿

このたび私（ ）様は明海大学 PDI 東京歯科診療所において歯科医師から治療の一環として行う検査行為等の実施に当たり 年 月 日に説明を受けました。

また、それに対する十分な質問の機会を得られましたので同意いたしました。

検査行為：顔面写真撮影・口腔内写真撮影・X線写真・歯周組織検査・病理組織検査
血液検査・その他（ ）

補足事項： _____

〔説明内容〕

1. 上記医療行為の必要性と目的 （同意 した・しない）
2. 方法の概要について （同意 した・しない）
3. 診療行為についてプライバシーの保護につきましては厳守いたします。

説明日： 年 月 日（ ）

患者様氏名 _____ 自著 印
(サイン可)

・今回の同意につきまして私が説明しました。

説明担当医師 氏名 _____ 自著 印