

倫理審査申請書(実臨床関連用)

長崎みなとメディカルセンター
院長 殿

所属 _____

職名 _____

実施責任者 _____ 印

下記について、倫理審査を依頼したく提出致します。

医療行為名			
担当医師名	氏名：	所属：	職名：
病名等			
患者に関する情報 (氏名、生年月日、 その他病状等)			
医療行為の概要及び 必要な理由			
その他医療行為等にお ける治療上の配慮につ いて	(1) 医療行為の対象となる個人の人権の擁護		
	(2) 医療行為の対象となる者に理解を求め同意を得る方法		
	(3) 医療行為によって生ずる個人への不利益及び危険性		
	(4) 医療上の貢献の予測		
	(5) 治療に要する費用の負担 <input type="checkbox"/> 患者負担 <input type="checkbox"/> 保険請求 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他特記事項			