

ご担当の各先生へ:

過去の同意を撤回された患者様については、以下 1、2、3 をご説明した上で、この様式 8 により、血液凝固異常症全国調査運営委員会までご連絡ください。

- 1. 同意の撤回により患者様は何ら不利益を被らないこと
- 2. 既にこの調査の報告書や研究論文などにおいて発表された調査結果については、当該患者様の情報が寄与していた部分を削除することはできないこと
- 3. 個人を特定できる情報を収集していない調査なので、既に集積されたデータの中から当該患者様由来の分を確定して削除することはできないこと

以上

..... 以下ご記入欄 .....

西暦                      年                      月                      日

同意の撤回に関する連絡票

血液凝固異常症全国調査運営委員会  
 委員長 瀧 正志 様

今般、当施設の患者様から、血液凝固異常症全国調査への情報提供について、過去の同意を撤回する旨のお申し出がありました。  
 このことにより、今後、この患者様の情報は血液凝固異常症全国調査に報告いたしませんので、ご了承ください。

当該患者様の病名、性別、生年月日および現住所の都道府県名は下欄に記入したとおりです。

記

同意撤回の患者様

病名	
性別	
生年月日	
現住所の都道府県名	

担当医氏名: \_\_\_\_\_

所属: \_\_\_\_\_