

【本票は実施施設にて確実に保管し、モデル事業宛に送付しないこと】

小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業への
症例提供に関するご遺族承諾書

亡くなられた方の お名前：_____様

ご住所：_____

(貴施設名)

_____ 御中

上記のご遺体について、死因解明のための画像診断を実施すること、ならびにその画像およびご遺体に関する情報を匿名化したうえで、厚生労働省委託事業 令和6年度死亡時画像読影技術等向上研修事業 日本医師会内 小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業運営会議に提供することを、以下のとおり承諾いたします。

説明を受けられた項目にチェックをお願いします。

- 画像診断の結果は匿名化に留意して、日本医師会が委託する(財)Ai 情報センターのデータベースに登録されます。
- 保存された情報を医学教育や研究に使用させていただくことがあります。
- 学会や紙上発表の際には匿名化して、個人情報とは公開されません。

死亡時に実施する画像検査に関して上記の説明を受け、

同意いたしました。

同意いたしません。

令和 年 月 日

お名前：_____

亡くなられた方とのご関係：_____

ご住所：_____

説明者(医師)：_____