静岡市障害者歯科保健センター

診療に関する同意および確認事項書

【同意事項】

☐ 静岡市障害者歯科保健センター（以下当センター）で診療を受けることに同意します。

☐ 施設・事業所職員、移動支援サービス従事者、ヘルパー等の支援者（家族以外）に対し、適切な連携・対応が図られるよう診療に関する必要な情報をセンターと適宜共有することに同意します。

※診療の際、ご家族が同席しない場合、診療内容に関する報告（ご家族に電話連絡）を希望しますか？

☐ 希望しない

☐ 希望する　　連絡先 ： 本人との続柄 ＿＿＿＿＿　　連絡先電話号＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【確認事項】

（個人情報の取り扱いについて）

・個人情報は個人情報保護法に基づき適切に管理いたします。

・診療情報（口腔内写真や診療風景の画像等）については、個人を特定されない形で研究・学会発表等に使用させていただく場合があります。

※診療情報の学会等での利用に同意されない場合は、☐に✓をご記入ください。

☐ 診療情報について学会等での利用に同意しません。

（研修機関としての役割について）

・当センターは日本障害者歯科学会の臨床研修機関です。そのため歯科医療従事者等の見学が行われる場合があります。診療前にお声掛けいたしますが、見学にご不安・ご懸念がある場合は、遠慮なくお申し出ください。

・当センターは静岡県立大学短期大学部歯科衛生学科および専門学校中央医療健康大学校歯科衛生学科の実習協力機関であるため、診療時に実習生が同席する場合があります。診療前にお声掛けいたしますが、実習生の同席にご不安・ご懸念がある場合は、遠慮なくお申し出ください。

※同意をいただいた内容について、後日変更・撤回することも可能です。その際は当センター職員にお知らせください。

西暦　　年　　月　　日　　患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との続柄）＿＿＿＿＿

2026.11