

同意書

これは、患者さまの画像および（または）情報が BMJ の出版物へ掲載されることについてご本人が同意するための文書です。

本人氏名： _____

本人との関係（ご本人が署名されない場合）： _____

患者さまご本人に関する写真、画像、文書、その他資料（以下資料）の内容。資料のコピーをこの文書に添付することになっています： _____

資料が使用される記事の仮題： _____

同意

私 _____ [氏名を活字体で記載] は、私（または当該患者）に関する資料が BMJ の出版物に掲載されることに同意します。

私は以下の項目を確認しました：（該当する項目のボックスにチェックを入れてください）

- 私（または当該患者）に関する写真、画像、文書、その他資料（資料）を見て確認しました
- BMJ に提出する記事を読みました
- 私は法的にこの同意をする資格があります。

私は以下の項目について理解しています：

- (1) 出版物に使用されるこの資料に私（または当該患者）の名前は付されていませんが、匿名性が完全に保証されるわけではないことを理解しています。場所や人を問わず、たとえば私（または当該患者）の周囲の人や親戚など、私（または当該患者）のことであることが知られる可能性があることを理解しています。
- (2) 資料には、過去または今後の私（または当該患者）の病状、けがの状態、あらゆる予後、治療や手術に関する詳細な情報が含まれる場合があり、これら情報が公開される可能性があることを理解しています。
- (3) 記事が世界中に発行されるジャーナルに掲載される場合があることを理解しています。BMJ の出版物は、主に医師やその他医療従事者向けに発行されていますが、教育機関、学生、ジャーナリストをはじめとする他の多くの人々も読むことを理解しています。
- (4) この資料を使用する記事は、報道発表の対象になり、ソーシャルメディアからリンクされたり、その他プロモーション活動などに使用される場合があることを理解しています。出版後、記事は BMJ のウェブサイトに掲載されますが、他のウェブサイトでも掲載される場合があることを理解しています。
- (5) 記事の文章は、形式、文法および統一性などの観点から出版前に編集されることを理解しています。
- (6) 私（または当該患者）は、この記事の出版に関していかなる金銭的利益も受けません。

- (7) この記事はほかにも、BMJ および（または）その他出版社が発行する他の出版物および製作物に全部または一部が使用される場合があることを理解しています。これには、BMJ またはその他出版社が現在および将来使用する英文および翻訳された出版物や印刷物、またデジタル形式およびその他形式による出版物などが含まれることを理解しています。この記事は、イギリスやその他の国々で出版されるジャーナルやその他出版物の地方版に掲載される場合があることを理解しています。
- (8) 出版前であればいつでも同意を取り消すことができますが、記事がひとたび出版に向けてコミットされると（「印刷にまわされる」）、同意を取り消すことができなくなることを理解しています。
- (9) この同意書は、BMJ が法律に従って安全かつ内密に保持するものですが、必要以上に長期にわたって保持するものではない旨を理解しています。

各項目を確認したらボックスにチェックを入れてください：

- 私は、必要に応じて私に連絡する目的に限り、BMJ が私の連絡先（欧州経済領域外も含む）を今後保管することに同意します。
- BMJ の症例報告に記載される記事に関連してこの同意をするにあたって、私（または当該患者）は記事について意見を述べる機会が与えられ、意見を述べた場合には、その意見が記事に反映されていることにつき異論はありません。

署名： _____ 氏名（活字体で書いてください）： _____

住所： _____ 電子メールアドレス： _____

_____ 電話番号： _____

ご本人の代わりに署名される場合、その理由を記載してください（例：本人死亡、本人が未成年者である、認知機能に障害があるなど）。

_____ 日付： _____

- ご本人のご家族、またはその他関係者の方が署名される場合、ご家族の皆さま、あるいはその他関係者の皆さま全員がこの同意について承知されていることを確認してボックスにチェックを入れてください。

ご本人が7歳以上のお子さまである場合、ご本人も自ら同意する必要があります：

署名： _____ 氏名（活字体で書いてください）： _____

生年月日： _____ 日付： _____

患者さんご本人またはその代理人の方にこの同意書の内容を説明し処理した者（例：担当著者やその他同意を得る資格のある者）の詳細。

署名： _____ 氏名（活字体で書いてください）： _____

職種または役職： _____ 住所： _____

施設名： _____ _____

電子メールアドレス： _____ 電話番号： _____

日付： _____