

## 臨床実習における医行為実施に関する同意書（学生用）

1. 私は、4年次、5年次及び6年次臨床実習において、患者を対象とし患者の同意が得られた全ての医行為、学生を対象とし私が同意した医行為、および解剖屍等を対象に実施する実習に私が参加することに同意します。
2. 私は、静脈採血の実習においては検者のみならず被検者にもなることを知っています。
3. 私は、第1項に掲げた実習において、患者、被検者、解剖屍等の保有する病原体が患者、被検者解剖屍等の血液、排泄物、分泌物等を介して実習参加者へ感染する危険性およびその予防方法について理解すると共に、指導に関わる医師より説明を受けられることを知っています。  
また、私は、同実習中は指導に関わる医師の指導と監督の下に実習することを知っています。
4. 私は、第1項に掲げた実習の過程において、病院の管理規則ならびに指導に関わる医師または病院職員による指導に従い、感染の防止のため常に十分な注意を払わねばならないことを知っています。  
また、感染防止の目的で、私の各種ウイルス抗体価の結果、ワクチン接種歴、体調（体温を含む）、各種感染症の流行地域への移動歴等の必要な情報を、個人情報として適切に管理することを前提に、指導に関わる医師、徳島大学病院および学外臨床実習施設の感染制御担当部署に開示することに同意します。
5. 私は病院の諸規定ならびに放射線業務、感染症対策、診療録、個人情報保護等を含め臨床実習クリニカルクラークシップ学習要項に記載された諸規定を守ります。これらに違反した場合は、学則上の懲戒を含めた指導や保護・処分を受けることを知っています。
7. 私は、この同意書に署名した後も、第1項に掲げた医行為のうち私を対象とした医行為を実施する実習に参加することを実施直前まで無条件に拒否できること、拒否しても成績評価に影響しないことを知らされています。
8. 私は、第1項に掲げた実習への参加ならびにこの同意書について、臨床実習のオリエンテーションにおいて、指導教員による説明を受けました。
9. さらにこの同意書をくまなく読んだこと、私の署名に先立って、第1項の実習を実施することを認めます。

日付：           年           月           日

同意人   住所

(学生)   学籍番号                   署名

保証人   住所  
          署名