

患者の皆様へ

医学生の臨床実習に関する文書同意へのご協力のお願い

日頃より本院における学生の臨床実習にご協力いただき、誠にありがとうございます。

医学生は、臨床実習で皆様の診療に参加させていただくことにより、医師としての態度、技能を学び、将来の「医療を支える良き臨床医」へと成長していくことから、県内唯一の医科大学医学部附属病院である本院では、皆様の協力を得て、医学生の教育に真摯に取り組んでおります。

一方、国や全国医学部長病院長会議からは、医学生が診療に参加するにあたっては、患者の皆様の自筆署名による同意を得ることが推奨されていることから、本院においても、皆様に文書での同意をお願いすることとなりました。

つきましては、4月13日より同意書を配付させていただき、署名をお願いいたしますのでご協力よろしくお願いいたします。

【文書同意をお願いするにあたって】

- ・診療に参加させていただく学生は、医学科5年生および6年生の学生で、全国共通の試験(知識・技術)に合格した「スチューデントドクター」です。
- ・学生が診療に参加する際は、指導医の十分な指導・監督のもとで実施いたします。
- ・診療科の受付で同意書を配付させていただきますので、説明書をお読みいただき、ご納得いただけましたら同意書に署名をお願いいたします。
- ・実習への協力に同意いただいた後でも、同意は取り消すことができます。

平成30年4月

滋賀医科大学医学部附属病院長

松 末 吉 隆



滋賀医科大学医学部附属病院

SHIGA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCE HOSPITAL