

記入例

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における 医療意見書情報の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣殿

私は、下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

申請書の提出日と同日としてください。

_____年 _____月 _____日

受診者(患者)の住所、氏名を記入してください。

住 所：_____

患者署名：_____

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名：_____

患者が未成年の場合は保護者の方が署名してください。

《本同意書に関する説明》

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることについて同意をいただきます。

※ この同意書は、医療意見書情報の研究等への利用について同意されるかお伺いするものです。個人情報保護法に基づき、個人情報は保護されます。同意は任意であり、同意の有無が小児慢性特定疾病医療費助成の成否に影響することはありません。

申請先
い。
また

もに、
くださ
に未成

年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。