（様式第２号）

入院患者さま（ご家族のかた）へ

臨床実習説明書

当院では、優れた医療従事者の育成に貢献するための一環として、専門学校等（養成機関）の実習生を受け入れております。

今回、養成機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の　＿＿年生　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の（実習の名称）＿＿＿＿＿＿＿＿実習にあたって、＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日から＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日までの間、当院の臨床実習指導者の指導監督のもとに、臨床実習をさせていただきたく存じます。

医療従事者教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

１．臨床実習指導者は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を行うことについて、あなたに事前に十分で分かりやすい説明を行い、ご本人またはご家族の同意をいただいてから行います。

２．実習生が臨床実習を行うときは、事前に教員や指導者の助言・指導を受けて実施します。必要に応じて実施中にも助言・指導をしながら、安全に配慮して実施します。

３．あなたは、臨床実習の全部または一部を拒否することができます。また、実習を開始した後でも、いつでも同意を撤回することができます。いずれの場合も、あなたの診療等にあたって不利益に扱うことはありません。

４．実習生は、臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を実施している間、および実習が終了した後にも、あなたのプライバシーを保護し、個人的な情報を他へ漏らすことがないよう厳守致します。

その他、ご不明な点は遠慮なさらずお申し出ください。臨床実習指導者が適宜ご説明いたします。

年　　月　　日

説明者　：鳥取市立病院　　指導者氏名＿＿＿＿＿＿

学校名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実習生氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当教員名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床実習同意書

鳥取市立病院　病院長　様

私は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を行うことについて、上記のとおりの説明を受け、納得したので同意します。

年　　月　　日

患　者　氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理同意人氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿