

様式 2

済生会新潟県央基幹病院
オプトアウト様式

① 作成日	(西暦) 8 年 7 月 7 日
② 研究名	骨シンチの基礎と CT/SPECT fusion 画像の位置ずれの測定
③ 情報の利用目的及び利用方法 (他の機関へ提供される場合は その他方法を含む)	骨シンチグラフィの基礎知識および CT/SPECT fusion 画像の位置ずれに関して講演を行う目的。臨床画像として個人情報削除してスライドに使用する。
④ 利用し、または提供 する情報の項目	骨シンチグラフィのホールボディ、CT/SPECT fusion 画像など。
⑤ 対象者及び対象期間	2026 年 4 月 1 日以降の骨シンチグラフィ検査を受けた当院患者
⑥ 研究責任者及び 問い合わせ先	森田 智人 済生会新潟県央基幹病院 放射線部 〒955-0091 新潟県三条市上須頃 5001 番地 1 TEL: 0256-47-4700 FAX: 0256-33-8808

もし、研究や情報の提供に同意をいただけない場合には、お手数ですが問い合わせ先までご連絡ください。なお、同意の有無が今後の治療などに影響することはありません。