

診療参加型臨床実習に関する誓約書

信州大学医学部長 殿
信州大学医学部附属病院長 殿

私は診療参加型臨床実習（以下「実習」という。）のオリエンテーションにおいて、以下の内容について指導教員より十分な説明を受け、すべて理解しましたので同意いたします。そして病める人の社会復帰を目指して、誠心誠意努力し続けることをここに誓い、署名いたします。

万一、この誓約書に反し違反行為を行った場合は、信州大学医学部附属病院（以下「病院」という。）による処分及び「信州大学における学生の懲戒に関する規程」による処分や法的処罰の対象になり、また教育関連病院での実習においても同様であることを承知いたしました。

1. 私は、信州大学医学部医学科が定める「臨床実習における学習目標」に則って実習を行います。実習の内容は、病院の診療上の必要性や現実的制約により、その場面で妥当な範囲に変更があることを承知いたしました。
2. 私が臨床修練生（スチューデント・ドクター）として行う医行為は、自己判断では決して行わず、必ず指導医の指導と監督の下において行います。
3. 担当する患者には、指導医からの紹介の上に、自ら臨床修練生であることを説明し、指導医とともに実習に対する患者の同意を必ず得ます。
4. 基本的な診療手技の習得に当たっては、まず自らが被験者になることを心掛けます。
5. 患者などの保有する病原体が血液・排泄物・分泌物を介して自らに感染する危険性とその予防方法について、事前に指導医より十分な説明を受け、かつその指示に従います。
6. 病院の管理規則ならびに指導医および病院職員の指導に従い、感染防止を含めた医療安全の確保のために、常に十分な注意を払います。
7. 実習中の事故（針刺し事故など）については、病院職員の職務遂行中の事故に準じて取り扱われることを承知いたしました。
8. 患者の個人情報に関しては、病院による「病院情報システム利用と個人情報保護に関する誓約書」を遵守いたします。

私は、上記の内容を十分承知いたしましたので、信州大学医学部臨床修練生として診療参加型臨床実習に臨むことをここに誓います。

平成 年 月 日

学籍番号 氏名 自署

病院情報システム利用と個人情報保護に関する誓約書

信州大学医学部長 殿
信州大学医学教育センター長 殿

私は診療参加型臨床実習（以下、実習）のオリエンテーションにおいて、以下の内容について指導教員より十分な説明を受け、理解し同意いたしました。医の道に反することがないように誠心誠意努力することを誓い、ここに署名いたします。なお、これに違反した場合には、学則による懲戒を受けます。規定、法律等への違反行為があった場合は、附属病院による処分及び「信州大学における学生の懲戒に関する規程」による処分や法的処罰の対象になることを承知いたしました。

1. 「臨床実習指針」に則って実習を行います。実習の内容は病院の診療上の必要性や現実的制約により、その場面での妥当な範囲で変更があることを承知いたしました。
2. 私が医学生として行う医行為は、臨床実習医学生（スチューデント・ドクター）として単独の自己判断は決して行わず、必ず指導医の指導と監督の下において行います。
3. 担当する患者には、指導医の紹介の元に臨床実習医学生であることを告げ、指導医とともに実習に対する患者の同意を必ず得ます。
4. 基本的な診療手技の習得に当たっては、まず自らが被験者になることを心掛けます。
5. 患者などの保有する病原体が血液・排泄物・分泌物を介して自らに感染する危険性およびその予防方法について、指導医より事前に十分な説明を受け、その指示に従います。

個人情報保護に反する行為、病院情報システムの不正利用、または、その他の上記の内容を十分に理解したうえで、附属病院での医療情報システム利用をいたします。

平成 年 月 日

学籍番号 氏名 自署

信大病院・外来掲示板用（2014年10月1日より掲示）

医学部生の病院実習にご協力をお願いいたします

本院は皆様に最善の医療を提供すると同時に、次代の医療人を育成する責務があります。

この責務を達成するために、本院では医学科生および保健学科生（看護・臨床検査・理学療法・作業療法）の病院実習を行っております。

学生は、この実習を通して医療人としての態度や技能を学び、よりよい医療を提供することを目指して重要な一歩を踏み出します。

これまでも実習の一環として、学生が外来や病棟における診療を見学させていただいておりましたが、今後はさらに、学生があなたを担当する医療チームの一員として診療の一部に参加することをお願いする場合があります。

その際には、担当医または関連部門の指導者が事前にその概要を説明し、あなたのご意向を確認し、尊重いたします。

なお、あなたは実習そのものをお断りいただけます。

また、あなたの状況の変化や学生が分担する診療の内容に応じて、実習に一旦ご同意いただいた後であっても、随時撤回することができます。

いずれの場合でも、あなたが診療上の不利益を被ることは一切ございません。

何かご不明な点がございましたら、遠慮なさらずに、担当医または関連部門の指導者にお問い合わせ下さい。適宜ご説明いたします。

皆様のご理解とご協力の程を心よりお願い申し上げます。

信州大学医学部附属病院長

医学部生の病院実習にご協力をお願いいたします

本院は皆様に最善の医療を提供すると同時に、次代の医療人を育成する責務があります。この責務を達成するために、本院では医学科生および保健学科生（看護・臨床検査・理学療法・作業療法）の病院実習を行っております。

これまで、学生が外来や病棟で診療を見学させていただいておりましたが、今後はさらに、学生があなたを担当する医療チームの一員として診療の一部に参加することをお願いする場合があります。

その際には、担当医または関連部門の指導者が、事前にその概要を説明しあなたのご意向を確認し、尊重いたします。

なお、学生実習に一旦ご同意いただきました後に、あなたの状況の変化や学生が参加する診療の内容に応じて、実習直前にお断りいただきましても、あなたが診療上の不利益を被ることは一切ございません。

何かご不明な点がございましたら、遠慮なさらずに、担当医または関連部門の指導者にお問い合わせ下さい。適宜ご説明いたします。

皆様のご理解とご協力の程をお願いいたします。

信州大学医学部附属病院長

信州大学医学部生の病院実習にご協力をお願いいたします

本院は皆様に最善の医療を提供すると同時に、次代の地域医療を担う医療人を育成する責務があります。

この責務を達成するために、本院では信州大学医学部からの要請を受け、信州大学医学部生が臨床修練生（スチューデント・ドクター）として、病院実習を行っております。

医学部生は、この実習を通して医療人としての態度や技能を学び、地域に根ざしたよりよい医療を提供することを目指して重要な一步を踏み出します。

これまでも実習の一環として、医学部生が外来や病棟における診療を見学させていただいておりましたが、今後はさらに、医学部生があなたを担当する医療チームの一員として診療の一部に参加することをお願いする場合があります。

その際には、担当医または関連部門の指導者が事前にその概要を説明し、あなたのご意向を確認し、尊重いたします。

なお、あなたは実習そのものをお断りいただけます。

また、あなたの状況の変化や医学部生が分担する診療の内容に応じて、実習に一旦ご同意いただいた後であっても、随時撤回することができます。

いずれの場合でも、あなたが診療上の不利益を被ることは一切ございません。

何かご不明な点がございましたら、遠慮なさらずに、担当医または関連部門の指導者にお問い合わせ下さい。適宜ご説明いたします。

皆様のご理解とご協力の程を心よりお願い申し上げます。

@立@病院長
信州大学医学部長

** **
池田 修一

患者 ID
患者氏名
発行年月日

診療参加型臨床実習にご協力をお願いします

診療科 _____

説明者氏名 _____

本院はあなたに最善の医療を提供すると同時に、次代の医療人を育成する責務があります。この責務を達成するために、本院では信州大学医学部生の診療参加型臨床実習に協力しております。

今回の当科での入院において、信州大学医学部の学生が臨床修練生（スチューデントドクター）としてあなたの診療を担当する医療チームに参加することへのご協力とご理解をお願いいたします。

1. 診療参加型臨床実習について

診療参加型臨床実習（以下、実習）とは、医学生が診療チームの一員として加わり、医療の実際を学んでいくものです。学生はこの実習を通して医師としての態度・技能を学び、その能力は卒後臨床研修に引き継がれ、より質の高い医療を社会に提供することにつながります。

2. 臨床修練生（スチューデントドクター）について

実習を行う学生は、全国医系大学共用試験機構が実施した全国統一の医学的能力判定試験（知識・実技を含む）および学内試験に合格し、一定の能力を有する臨床修練生として公認されております。

3. 実習中の医療行為について

学生が実施できる行為は、あらかじめ限定されており、教育スタッフの下で行われます。

4. 医療事故などへの補償について

臨床修練生の診療に関連して、あなたの健康やプライバシーに何らかの影響を与える事象が発生した場合は、本院長および信州大学医学部長が真摯に責任をもって対応いたします。

5. 他の臨床修練生の見学および交代について

回診や検査などにおいて、担当以外の臨床修練生と一緒に見学をさせていただくことがあります。また実習期間中に担当する臨床修練生が交代することがあります。

6. 拒否または同意の撤回について

あなたは、実習そのものを拒否することができます。また、実習にご同意いただいた後でも、随時撤回することができます。さらに、あなたの状況や実習内容に応じて、いつでも臨床修練生の参加をお断りいただけます。いずれの場合でも、診療上の不利を被ることはありません。

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

同意書

@@立@@@@病院長 殿

診療参加型学生実習について説明を受け、学生が私の診療に参加することに同意します。

_____年 月 日

あなたのお名前 _____

※ もしくは 保護者/代理人のお名前 _____ (続柄 _____)