

## 別紙1 理学療法・作業療法・言語聴覚療法診療参加型臨床実習に関する同意書

私(\_\_\_\_\_)は、\_\_\_\_\_様に対して、リハビリテーション部実習生の診療参加型臨床実習について、以下の説明を行いました。

### 1. 診療参加型臨床実習について

診療参加型実習（以下、「実習」といいます。）とは、理学療法・作業療法・言語聴覚療法学生（以下、「実習生」といいます。）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。実習生は、この実習を通して療法士としての態度・技能を学び、その能力は卒後研修によって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. 実習中の理学療法・作業療法・言語聴覚行為について

実習生の能力に応じて、実習指導者の下で安全に配慮して実施します。また、実習生が担当することで、不都合が生じないように適切に指導、介入します。

### 3. 実習中の事故などへの補償について

実習生の介入に関連して、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、実習生加入の保険で対応いたします。

### 4. 実習生の見学および交代について

診療場面において、実習生が見学させていただくことがあります。また、入院期間中に見学・診療参加させていただく実習生が交代することがあります。

### 5. 個人情報について

実習生が実習中に知り得た患者・家族の情報は、学習目的以外で他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に留意します。

### 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、実習生が参加することを辞めたい場合は、いつでも辞めることができます。

実習生が担当することに関して、質問や疑問、その他のご意見がある場合は、いつでも担当者(\_\_\_\_\_)に申し出てください。

1) 以上の説明を了解、納得しましたので、実習生が担当することに同意します。

2) 実習生が担当することに同意しません。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

ご本人

氏名（自署）

ご家族（関係：\_\_\_\_\_）

氏名（自署）

説明担当者