針刺し等事故による感染予防のための
血液検査同意書

島根医科大学医学部附属病院長　殿

私は、（　　科　　医師）より、血液を介して伝播する疾患の感染対策について説明を受け、B型肝炎ウィルス、C型肝炎ウィルス、ヒト免疫不全ウィルス、および梅毒の診断に必要な検査を私が受ける必要性について理解しましたので、上記の検査を受けることを承諾いたします。

平成　　年　　月　　日

患者さま氏名（署名）　　印
（または、受検する当該学生氏名）

ご本人が署名できないときは、代理の方（親権者・後見人・扶養義務者・保護義務者など）が以下にご署名ください。

代理人氏名（署名）　　印
（患者さまとの続柄：　　）

（注）患者さま（あるいは、受検する当該学生）にコピーをお渡しください。