

患者（利用者）様各位

臨床実習に関する同意書

この度は、臨床実習への協力をご検討くださいます。誠にありがとうございます。以下に、診療参加型臨床実習を行うにあたっての説明が記載されておりますので、内容をよくご確認ください、ご理解いただけましたら、別紙にてご署名下さい。

なお、内容については、実習指導者である理学療法士よりご説明させていただきます。説明を受けた折には、□の中にチェックを入れていただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

包括同意兼個別同意 説明文章

包括同意と個別同意について

包括同意は、すべての学生が見学型臨床実習を行う際にも得る必要がある同意書です。個別同意は、学生が診療チームの一員として特定の患者（利用者）様を一定期間受け持つ場合などに、取得する必要がある同意書です。

診療参加型臨床実習とその必要性

診療参加型臨床実習とは、臨床実習生が患者（利用者）様の診療にあたる診療チームの一員として、患者（利用者）様のこれまでの経過を伺い、生活を制限している様々な要因について問診や検査測定項目を選び、実施します。最終的には治療方針を決めるという、医療の実際を学んでいきます。この実習を通して、理学療法士としての態度、技能を学び、国家試験後の質の高い医療が提供されることに繋がります。診療参加型臨床実習は我が国での「良き理学療法士」を養成するために必要不可欠となっておりますので、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

臨床実習の種類

臨床実習は臨床見学体験実習、評価実習、地域理学療法実習、総合臨床実習をもって構成されています。各臨床実習では、見学・模倣・実施という段階を踏みながら、学生の能力に合わせて経験していきます。どの実習においても、実習指導者の下、対象者の障害像の把握し、評価や治療を経験していきます。

臨床実習で学生が行う内容

診療参加型臨床実習で学生が行う行為には、水準Ⅰ～Ⅲまであります。水準Ⅰは実習指導者の指導または監督の下で、学生が実施することが認められている行為です。水準Ⅱは指導者が行い、学生はその介助または見学に留める行為です。水準Ⅲは、学生は見学のみで留まる行為です。学生が診療参加型臨床実習を行うに足る能力（知識、技能、態度）の有無について、実習開始前に知識及び実技に関する試験を行い総合的に大学で判定されます。

□ 拒否できる権利

前述した、診療参加型臨床実習への協力を拒否することができます。また、協力を同意された後でも、実習の途中であっても、いつでもその同意を解消することができます。同意を撤回する際には、当施設のリハビリのスタッフに、指定書類の提出をお願いいたします。いずれの場合においても、その後の診療等を含め、一切の不利益を被ることはありません。

□ 事故等への補償

学生が行う行為は危険の少ないもの限定しております。しかし、患者（利用者）様の健康なプライバシーを損なうような事象が発生した場合には、大学長、及び施設責任者（病院長・施設長等）の責任で適切に対応いたします。

----- きりとり -----

臨床実習への協力の同意取り消し書

施設長名 _____ 殿

- ・実習期間 : 年 月 日 ～ 年 月 日
- ・養成校名 : 東京医療学院大学
- ・学生名 : _____
- ・指導者名 : _____
- ・同意の種類 : 包括同意
 個別同意

先日、臨床実習に関する同意書を提出しましたが、諸般の事情によりこれを撤回します。

- 臨床実習のすべて協力できない
- 臨床実習の一部協力できない
 (一部協力できない内容 : _____)

記載日 : 年 月 日

本人署名 : _____

代理人・保護者署名 : _____ (続柄 : _____)
(本人と意思疎通が困難・未成年の場合)

臨床実習に関する包括同意書

施設長名 _____ 殿

- ・説明内容：包括同意と個別同意について 診療参加型臨床実習とその必要性
臨床実習の種類 臨床実習で学生が行う内容
拒否できる権利 事故等への補償

学生による臨床実習に関する説明を受け、それに対する十分な質問の機会も与えられ、上記の事項に関して十分理解しました。

協力します ・ 協力できません

記載日： 年 月 日

本人署名： _____

代理人・保護者署名： _____ (続柄： _____)
(本人と意思疎通が困難・未成年の場合)

----- きりとり -----

臨床実習に関する個別同意書

施設長名 _____ 殿

- ・説明内容：包括同意と個別同意について 診療参加型臨床実習とその必要性
臨床実習の種類 臨床実習で学生が行う内容
拒否できる権利 事故等への補償

・実習期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

・大学名 : 東京医療学院大学 学生名： _____

・指導者名： _____

学生による臨床実習に関する説明を受け、それに対する十分な質問の機会も与えられ、上記の事項に関して十分理解しました。

協力します ・ 協力できません

記載日： 年 月 日

本人署名： _____

代理人・保護者署名： _____ (続柄： _____)
(本人と意思疎通が困難・未成年の場合)