**（別紙1）**

**歯科診療映像撮影に関する同意書**

特定非営利活動法人日本歯周病学会　御中

私は担当歯科医師から歯周治療などの歯科診療映像撮影に対する以下の項目について十分な説明を受け、自由意思により、以下の項目全て承諾いたします。

・特定非営利活動法人日本歯周病学会では、歯科医学教育、学術の目的のため、歯科診療映像を必要としています。

・記録された映像は、歯科医学教育、学術の目的以外には決して使用しません。

・撮影映像は、本学会のホームページで公開する場合もあります。

・プライバシー保護については、患者様の名前や住所、その他個人を特定できる項目は一切公表いたしません。また、個人が特定されない映像に加工して活用します。

・ご承諾いただけない場合でも、診療上の不利益を受けることはありません。また、同意された後に同意を撤回される場合も診療上の不利益は生じません。

　西暦　　　　　　年　　　月　　　日

患者署名　　　　　氏名

保護責任者署名　　住所

　　　　　　　　　氏名

　　　　（患者との続柄）

説明歯科医師

日本歯周病学会会員番号：

署名

（注）

１　患者署名欄には、患者様ご本人が署名してください。

２　保護責任者署名欄は、患者様が未成年の場合、またはご本人による承諾の意思表示が困難な場合など、ご本人が署名できない場合は、保護責任者が署名してください。