SOCKET SCIENCE · TEMPLATE

臨床写真・動画の撮影と利用に関する同意書

臨床写真や動画は、治療計画と記録に役立ちます。教育、学術発表、当院の情報提供に役立つこともあります。どの利用に同意するかはご自身で選べます。同意しない場合も治療には一切影響しません。

患者氏名: _____ 生年月日: _____

医院名: _____ 担当医: _____

1. 撮影する可能性のある画像

☐ 口腔内写真
☐ 顔貌・笑顔の写真
☐ 治療中の動画
☐ エックス線写真・3Dスキャン

2. 以下の目的での利用に同意します

1. 診療録と治療計画	☐ はい	☐ いいえ
2. 歯科医療従事者・学生の教育	☐ はい	☐ いいえ
3. 学会・研究会での発表	☐ はい	☐ いいえ
4. 学術誌・書籍への掲載	☐ はい	☐ いいえ
5. 当院ウェブサイト	☐ はい	☐ いいえ
6. 当院SNS	☐ はい	☐ いいえ
7. 当院の広告（医療広告ガイドラインの範囲内）	☐ はい	☐ いいえ

3. 本人の特定

☐ 本人と分かる画像（顔全体など）の利用を認める
☐ 本人と分からない画像のみ利用を認める

4. 保管

画像は個人情報保護法に従い、診療録の一部として安全に保管します。診療以外で利用する場合は、可能な限り氏名や識別情報を削除します。

5. 同意の撤回

同意はいつでも書面で撤回できます。新たな利用を中止し、当院のウェブサイトとSNSから画像を削除します。既に印刷物や第三者により公開されたものは回収できない場合があります。

6. 患者が未成年の場合

保護者氏名: _____ 患者との続柄: _____

☐ 本人にも説明し、了承を得た

_____ _____ _____

患者・署名 / 日付　保護者・署名 / 日付　担当医・署名 / 日付

テンプレート：Socket Science（socketscience.doctor）。使用前に日本の法令とガイドラインに合わせて修正してください。