

# 採血検査承諾書

## 採血検査のご協力について

この度、本院職員（外部委託職員などを含む）が貴方の血液・体液の付着した医療器材などで誤って負傷いたしました。職員の労働災害（労働安全衛生法第2条第1号）を予防するために誠に恐縮ですがやむをえない事情をお察しの上、採血検査のご協力をお願いいたします。

検査の項目は、B型肝炎検査・C型肝炎検査・HIV（後天性免疫不全症候群）です。今回の検査にかかる費用は本院負担となり、医療費には含まれません。また、今回の検査結果は、郵送または医師からご本人にお知らせいたします。なお、結果は医療機関の守秘義務により第3者に知らされることはありません。

北海道大学病院長 殿

平成 年 月 日

説明者氏名 \_\_\_\_\_

上記について医師より説明を受け採血検査に同意いたします。

ご本人氏名 \_\_\_\_\_

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ （ご本人が未成年などの場合）

ご本人住所

〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_