

初診時間診票2

以下、該当する方をそれぞれ○で囲み、必要箇所をご記入下さい

- 利き手 左・右
- 小中学生時代にいじめを受けた経験 あり・なし
ありの場合、いつ頃ですか？ (ころ)
- 高校生以降にいじめを受けた経験 あり・なし
ありの場合、いつ頃ですか？ (ころ)

臨床研究に関する同意説明文書

現在、医療法人芙蓉会 メンタルクリニック ラ・ポムでは、『いじめ体験が長期的にこころに与える影響について』および『基底気分に関する研究』という臨床研究を行っております。診察前に問診票等にご記入いただいた内容の一部を個人が特定されない形で研究に使用させて頂く場合がございます（守秘義務の遵守は徹底しております）。こころの医学の発展のためにご協力いただけますと幸いです。研究への使用に同意されない場合、下記のチェックボックスにシ点を入れてください。同意されなくても今後の診療には一切影響はありません。詳しい研究計画書をお読みにになりたい場合には、受付までお申し出下さい。

- 私は記入内容を臨床研究に使用することに同意しません
同意される場合はチェックしていただく必要はありません