

同 意 書

国立病院機構榊原病院 院長 村田昌彦 殿

私は、認知行動療法を受けるにあたり、説明を受け、下記の各項目について理解し、自らの意思により認知行動療法を受けることを同意します。

説明を受け理解した項目（注：□の中に、ご自身で✓印を付けて下さい。）

- 1 うつ病に対する認知行動療法とその目的
- 2 認知行動療法の内容とご協力いただきたいこと
- 認知行動療法の適切な実施のため面談内容が録音されます
 - 評価のための症状アンケートが実施されます
 - 個人情報と照合できなくしたうえで上記のアンケートは、暗号化され、将来計画される認知行動療法研修の質、安全性、効果などに関する研究に使用されることに同意します。
- はい いいえ

- 3 認知行動療法実施にともなう負担・リスクとその対応
- 4 代替可能な治療
- 5 治療の同意を撤回する場合
- 6 連絡先

患者記入欄

同意年月日（西暦） _____ 年 月 日

氏名（自著署名） _____

治療者記入欄

説明年月日（西暦） _____ 年 月 日

氏名（自著署名） _____