

患者さん・ご家族の方々への大田区三医師会認知症検診説明書

1. はじめに

この説明文書は、大田区三医師会認知症検診の内容を正しく理解して頂き、自由な意思にもとづいて、この検診に参加するかどうかを判断して頂くためのものです。この説明文書をお読みになり、医師からの説明を聞かれた後、十分考えてからこの検診に参加するかどうかを判断ください。また、ご不明な点がございましたらどんなことでも気軽に質問してください。

2. 検診の目的

現在、認知症の方は厚生労働省の調べによると推計 462 万人いらっしゃいます。また、認知症の方は予測を上回るペースで増えており、2025 年には 700 万人を超えると言われております。大田区におきましても高齢者人口の割合は 22.4%と年々増加しており、大田区三医師会ではより早期に発見・治療に繋がるように検診を実施しております。また今回の検診結果を研究・発表し、大田区三医師会認知症検診に活かして参ります。

3. 検診の予定人数

大田区三医師会で合計 3000 人の患者さん・ご家族に同意を得た上で参加して頂く予定です。

4. 検診への参加について

この検診に参加されるかは、あなた・ご家族の自由です。たとえ、この検診の参加を辞退された場合でも、あなたが不利益を受けることは一切ありません。

5. 検診方法について

承諾された方に MMSE を使用して検診を行います。

(MMSE は世界でも最も普及している認知症スクリーニング方法です)

6. 検診結果について

認知症検診実施日に返還致します。大田区へは集計結果を報告致します。またその結果を大田区三医師会にて研究及び発表に使用します。

7. プライバシーの保護について

この検診によって得られたあなたについての貴重な情報は、国内外の学会や医学専門雑誌等に本検診の結果が発表されることがあります。これらの場合にはあなたの名前や身元はわからないようにされ、あなたのプライバシーは厳重に保護されます。

以上の説明を十分に納得された上で大田区三医師会認知症検診参加に同意して頂けるのであれば、下記の署名欄にご署名をお願い致します。

承諾日： 年 月 日

あなたの署名： _____

代理人の署名： _____ (続柄：)