



中山醫學大學附設醫院
Chung Shan Medical University Hospital
教學門診同意書

一、教學門診說明：

本院為醫學中心級教學醫院，負有醫學教育的任務，教學門診設立的目的是為了提升醫師(或實習醫學生)的臨床診療技能，以提供給病人更優質的醫療服務。

二、教學門診方式：

先由住院醫師(或實習醫學生)為您進行診療，隨後由主治醫師指導住院醫師(或實習醫學生)有關診療內容的適切性，因此所花費的時間會比較長，約 30 分鐘以上，也因此教學門診會限制看診人數。藉此，主治醫師可針對整個診療過程，包括問診技巧、理學檢查、治療處方、病情解釋及醫病溝通等內容，對住院醫師(或實習醫學生)作詳盡的指導，提升其臨床診療的能力。您所接受的醫療服務不會受到任何的影響。

三、參與教學門診，本院將予減免掛號費。

四、本次教學門診 是 否 進行錄影(由解說主治醫師勾選)

五、教學門診錄影授權同意：

為了避免干擾，看診過程會以錄影或同步視訊的方式紀錄。藉此，主治醫師可以利用錄影下來的門診看診過程資料，針對整個診療過程，對住院醫師(或實習醫學生)作詳盡的指導。我們會保障您的隱私權，所有錄影的內容僅用於本次教學門診，而不會用於其他的用途，結束後將進行銷毀不再留存。

在簽署本同意書後的任何時間，若您覺得不想再接受錄影，請隨時告知我們，我們會立即停止錄影，且您所接受的醫療服務將持續進行，不會有任何影響。

解說主治醫師簽名：_____

日期： 年 月 日

時間： 時 分

經上述說明後，本人

1. 同意 不同意 接受教學門診。

2. 同意 不同意 接受錄影行為。(未進行錄影之教學門診，此項無須勾選)

立同意書人(簽名)：_____

身份證字號：_____

法定代理人(簽名)：_____

身份證字號：_____

彼此關係：_____

連絡電話：_____

日期： 年 月 日

時間： 時 分