

ゆび健診倶楽部

同意書

2020年5月20日版

私は、野口基礎医療クリニック(以下、NBMC)が提供する「ゆび健診倶楽部」のサービスを活用するにあたり、下記の内容すべてに同意します。

1. 「ゆび健診倶楽部」は血液検査を主とするサービスであり、医療機関から被検者に対して提供されるべきものです。したがって、私が直接、被検者に対してそのサービスを提供するのではなく、NBMC が提供するサービスであるため、私はその検査料等を被検者に請求することはできない旨を承知しています。よって、その検査に関わるいかなる料金も私の運営する機関の売り上げとして計上してはならない旨も承知しています。ただし、被検者から NBMC へ支払われるべき検査料等を私が一時的に預かった場合は、その全額を NBMC へ送金いたします。

2. 私からではなく、NBMC から被検者に提供される血液検査キットは、自己採血を行う場所を問わないものです。したがって、その被検者は自己採血を行う場所を自由に選択することができる旨を承知しています。よって、その被検者が自宅等ではなく、私の介助下での自己採血を希望される場合、「指先を穿刺して血液を絞り出し、指先から採血」する行為は被検者自身が行うべきであり、私が介助できるのはそれ以外の部分である旨も承知しています。また、たとえ家族や親友であったとしても、採血する資格を有していない者が被検者の代わりに「指先を穿刺して血液を絞り出し、指先から採血」することは法的に許されていない旨も理解しています。

3. NBMC からの指示により、自己採血を行うための穿刺針（通称、ランセット）を私が一時的に預かることは法的に問題ありませんが、その穿刺針を自己採血の目的以外で使用した場合、NBMC では一切責任を負うことができない旨、および法的な措置を求められる可能性がある旨を承知しています。

4. 自己採血された血液による検査の結果の解釈および診断、治療等の医療行為は、医師にしかできない旨を承知しています。ただし、NBMC の医師が行った検査結果の解釈および診断、治療法を単に伝達することはできる旨も承知しています。

5. NBMC の医師が検査結果を解析するために必要な被検者の個人情報私、NBMC、検査機関との間で共有することが求められる旨を承知しています。したがって、私が知り得たその個人情報は、あくまでも医師による解析のためだけに用いられるよう、個人情報の保護に努める責務がある旨も承知しています。

6. 自己採血キットによるサービスは、私から直接、被検者に対して提供されるのではなく、NBMC から提供されるサービスです。したがって、私がそのサービスを提供しているのではないかという誤解を与えてしまうような、いかなる広告もしてはならない旨を承知しています。ただし、私が NBMC と提携しており、NBMC で取り扱っている検査キットの「申し込み」が私のところで可能であることを単に広告することはできる旨も承知しています。

もし、私が以上のいずれかに反する言動を行った場合、NBMC 側の協議により決定される措置に従うことを誓約します。また、「ゆび健診倶楽部」のサービスを活用した結果、何らかの不利益を被ったとしても、NBMC および NBMC のスタッフに対し、一切の請求を行わないことも誓約します。なお、話し合いによって解決すべき問題が生じた際は、NBMC のスタッフと話し合いの機会が設けられる旨も承知のうえ、この同意書に署名いたします。

※補足：この同意書に署名せずして「ゆび健診倶楽部」および類似のサービスを活用した結果、何らかの不利益を被った場合、たとえ法的な問題が生じたとしても、NBMC 側は一切、責任を負いません。

《参考》同意書の内容に反する言動(×)および反しない言動(○)の例

『血液検査をはじめとする「医療に関わるあらゆる検査」は
医療サービスの一環として行われるべきものであり、
その検査およびその結果によって
医師以外の者が直接、利益を得てはならない』

…というのが、「ゆび健診倶楽部」が合法的に成り立つための大前提です。

従って…

×「私の治療院で検査ができるので、検査代として 10,000 円、検査結果の解析および説明代として 5,000 円を私に支払ってください。」

⇒下線部が× (広告の仕方および利益を直接、得てしまおうとしている部分で違反)

○「私の治療院は【野口基礎医療クリニック】と提携しており、同クリニックで取り扱っている『指先から採血でき、栄養や免疫に関する医師からの解析結果をお届けできる検査キット』のお申し込みが可能です。検査代は私が一時的にお預かりして、責任を持ってクリニックに届けますので、どうかご安心ください。」

⇒治療院が直接、検査サービスを提供せず、利益を得ないようなやり取りになっているため○

上記の内容をすべて確認しました。

同意日： 年 月 日

治療院名または所属団体名 _____

氏名 _____