

同意書

研究責任者 病院長 殿

研究課題名：ボノプラザンとランソプラゾールの内視鏡的胃粘膜下層剥離術 (ESD) 後の潰瘍
治癒効果に対する無作為化比較試験

チェック欄(✓)	十分な説明を受け、理解した項目のチェック欄にチェックしてください
<input type="checkbox"/>	はじめに
<input type="checkbox"/>	1. この研究への参加について
<input type="checkbox"/>	2. あなたの病気(症状)について
<input type="checkbox"/>	3. 臨床研究の目的及び意義について
<input type="checkbox"/>	4. 研究の方法について
<input type="checkbox"/>	5. この臨床研究への予定参加人数
<input type="checkbox"/>	6. 臨床参加終了後の治療について
<input type="checkbox"/>	7. 予想される利益と不利益
<input type="checkbox"/>	8. この臨床研究に参加しない場合の、他の治療方法
<input type="checkbox"/>	9. 費用負担及び謝礼について
<input type="checkbox"/>	10. 健康被害の補償
<input type="checkbox"/>	11. この研究に関する情報提供と研究資料の閲覧について
<input type="checkbox"/>	12. 研究への参加を中止する場合について
<input type="checkbox"/>	13. 研究の記録などの第三者の閲覧に関して
<input type="checkbox"/>	14. 個人情報の取扱いについて
<input type="checkbox"/>	15. 試料・情報の保存と廃棄の方法
<input type="checkbox"/>	16. 研究の資金と研究結果の取扱い
<input type="checkbox"/>	17. この臨床研究に参加している間のお願い
<input type="checkbox"/>	18. 研究担当者と連絡先
<input type="checkbox"/>	上記研究課題の説明文書を受け取りました

研究終了後あるいは定められた保存期間終了後も試料が保存され、今後の医療の発展等のために使用されることに

☐同意します。 ☐同意しません。

私は、上記 1～18 のうち、☐欄にチェックのある項目に関する説明を十分理解したうえで臨床研究に参加します。なお、この同意は将来、自由に、かつなんら不利益を被ることなく撤回できる権利があることを理解しました。

同意日：平成 年 月 日

研究参加者氏名（自署）：_____。

私は、上記患者さん（代諾者）に、この研究について十分に説明いたしました。

説明した研究者（自署）	
説明した日	平成 年 月 日

【研究協力者が補助説明をした場合】

補助説明をした者（自署）	
説明した日	平成 年 月 日

