

検体の保存、使用に関する説明書

当院では患者さんへの最良の医療を提供することを使命としておりますが、大学病院として、研究および教育も重要な責務です。

そのため、あなたから得られた検体(組織、血液、細胞などの一部)を保存し利用させていただきたく、以下の通り説明いたします。

1. 研究等の目的

現在もしくは将来発生が予想される疾病に関する研究および教育
(非アルコール性脂肪性肝炎の病態解明など)

2. 研究教育施設ならびに検体保管場所

信州大学医学部附属病院

3. 守秘義務

患者さん個人に関わる一切の情報を秘匿します。あなたの検体を用いて得られた研究成果について学会や論文などで発表をすることがありますが、プライバシーの保護には十分配慮します。

4. 不利益の排除

検体提供、保存、使用に関する判断はあなたの自由意志で決定され、その結果提供を拒否された場合であってもその後の診療において一切の不利益を受けることはありません。

5. 受諾後の撤回

検体の保存・使用を承諾された後であっても、いつでも撤回可能です。承諾を撤回された場合には、すでに研究、教育に供されてしまった場合を除き検体および結果を処分いたします。

6. 知的財産権について

将来、研究教育成果が知的財産権を生み出す場合があります。その場合は、その知的財産権はあなたには帰属しませんのでご了承ください。

7. 検体等の保存について

承諾書は診療録(カルテ)に添付し保存します。したがって承諾書の保存は医師法で定められている診療録の保存年限に準じて行います。ご提供いただいた検体は、研究、教育等に必要になる場合、引き続き活用させていただきますのでご了承ください。

8. 研究について

ご提供いただいた検体を用いて研究を行う場合は、本学部倫理委員会に諮り、承認後改めてご説明し、承諾を得るようにいたします。

9. 遺伝子解析について

ご提供いただいた検体に関して遺伝子解析を行う場合は本学部遺伝子解析倫理委員会に諮り、承認後、改めてご説明し、承諾を得るようにいたします。

所属 信州大学医学部附属病院

説明者； 木村岳史

研究責任者； 田中榮司

連絡先 信州大学医学部附属病院

TEL 0263 (35) 4600 (代)

この説明文書を再度、ご確認頂き、ご不明な点がございましたら、遠慮なく、医師または、看護師にお尋ね下さい。

承 諾 書

患者番号：0001746418

氏 名：██████████

生年月日：1955/02/22

説明年月日 平成 27 年 02 月 18 日

信州大学医学部附属病院長 殿

私は、現在の病状及び処置（手術、麻酔、検査、治療法、その他）の内容、
すなわち

手術 _____

麻酔 _____

検査 _____

治療法 _____

その他 検体の保存、使用 _____

について、必要性とこれに伴う危険性について、別紙説明書などを用い下記の
医師等から説明を受け、理解しましたので、その処置を選択し、その実施を承
諾します。

なお、実施中に緊急の処置等を行う必要が生じた場合には、適宜処置される
ことをあらかじめ承諾します。

消化器内 科 医師（自筆署名、もしくは記名押印） ██████████

_____ 科 医師（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（職種： _____）（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（職種： _____）（自筆署名、もしくは記名押印） _____

承諾年月日：平成 27 年 2 月 18 日

患者：（自筆署名、もしくは記名押印） ██████████

* 患者さんが未成年の場合など承諾能力がないと判断された場合にのみ、代諾
者が自筆署名もしくは記名押印して下さい。

代諾者：（自筆署名、もしくは記名押印） _____

（患者との関係： _____）