

同 意 書

東京慈恵会医科大学附属病院 病院長殿

この度、私は（胃切除術式と胃術後障害）に関する研究について担当医師から下記の項目につき十分な説明を受け納得しましたので、研究に協力することに同意します。

なお、本同意書の写し及び同意説明文書を受領しました。

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1.研究の実施について | <input checked="" type="checkbox"/> 12.試料・情報の保管および廃棄の方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2.研究機関の名称および研究代表者の氏名 | <input checked="" type="checkbox"/> 13.研究の資金源と利益相反について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3.研究の目的及び意義 | <input checked="" type="checkbox"/> 14.相談窓口 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4.研究の方法および期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 15.経済的負担または謝礼について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5.研究対象者として選定された理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 16.他の治療方法等について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6.予測されるリスクおよび利益 | <input checked="" type="checkbox"/> 17.研究実施後の医療提供について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 7.同意撤回の自由について | <input checked="" type="checkbox"/> 18.研究結果の取扱いについて |
| <input checked="" type="checkbox"/> 8.参加の自由について | <input checked="" type="checkbox"/> 19.健康被害に対する補償について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9.研究に関する情報公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 20.あなたの情報や試料が別の研究に使用される可能性について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 10.研究計画書等の入手および閲覧の方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 21.あなたの情報等が閲覧されること |
| <input checked="" type="checkbox"/> 11.個人情報等の取扱い | |

説明日：西暦 2010 年 4 月 17 日

説明担当医師名

中田 浩二

同意日：西暦 2010 年 4 月 17 日

本人署名

住所