

北里大学メディカルセンター

C1194

3 / 3

手術・検査等で採取された組織の寄贈及び診断 教育・研究のための使用について説明・同意書

患者番号	0267749	出力日	2014年04月23日
患者氏名	伊藤 富久枝	診療科	外科
生年月日	1941年06月23日 72歳10ヶ月	性別	女

北里大学メディカルセンター病院長 殿

私は、今回の手術や検査等のために摘出・採取された下記の組織を、私の病気の診断・治療及び後日の再診断に用いるほか、北里大学メディカルセンターの医学教育及び研究のために用いることについて、「手術・検査等で採取された組織の教育・研究への使用についての説明書」を受け取り、これに基づき説明を受け、その内容及び趣旨を理解しました。

そこで、私から摘出・採取された組織を、私の診断に用いるほか、医学教育及び研究に使用するために北里大学メディカルセンターに対して、提供・寄贈することを、本書面に署名することによって同意いたします。

検体提出日または予定日 : 26年4月25日

寄贈対象となる組織 (□にチェックして下さい)

- 1) ☒手術材料 ☒生検材料 ☒細胞診材料 ☐その他
- 2) 組織
- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 骨髄 | <input type="checkbox"/> 心筋 | <input type="checkbox"/> 十二指腸・小腸 | <input type="checkbox"/> 卵巣 | <input type="checkbox"/> 下垂体 |
| <input type="checkbox"/> 脾臓 | <input type="checkbox"/> 大動脈・血管 | <input type="checkbox"/> 虫垂 | <input type="checkbox"/> 膈 | <input type="checkbox"/> 甲状腺・副甲状腺 |
| <input checked="" type="checkbox"/> リンパ節 | <input type="checkbox"/> 扁桃 | <input type="checkbox"/> 大腸・直腸 | <input type="checkbox"/> 胎盤 | <input type="checkbox"/> 胸腺・縦隔 |
| <input type="checkbox"/> 乳房 | <input type="checkbox"/> 頭頸部・口腔 | <input type="checkbox"/> 肝臓 | <input type="checkbox"/> 腎・尿管 | <input type="checkbox"/> 副腎 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚 | <input type="checkbox"/> 肺・胸膜 | <input checked="" type="checkbox"/> 胆嚢 | <input type="checkbox"/> 膀胱 | <input type="checkbox"/> 脳・神経 |
| <input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織 | <input type="checkbox"/> 食道 | <input type="checkbox"/> 膵臓 | <input type="checkbox"/> 前立腺 | <input checked="" type="checkbox"/> 塗抹・液状検体 |
| <input type="checkbox"/> 骨・関節・靱帯 | <input checked="" type="checkbox"/> 胃 | <input type="checkbox"/> 子宮 | <input type="checkbox"/> 精巣 | <input checked="" type="checkbox"/> その他 (伊藤) |

組織利用の目的・態様 (□にチェックして下さい)

- 1) 教育のため ☒同意します ☐同意しません
- 2) 通常の学術研究のため ☒同意します ☐同意しません
- 3) 遺伝子解析研究のため ☒同意します ☐同意しません

(国の倫理指針にそった研究で、倫理委員会の審査を経たもの)

組織提供・寄贈者 (署名)

26年4月23日
本人氏名 伊藤 富久枝

代諾理由 : ☐本人の死亡 ☐本人の判断能力の欠如 ☐書字能力の障害

代諾者氏名 伊藤 勇 続柄 夫

説明者署名 (署名があれば押印は不要です) 26年4月23日

説明者 外科 氏名 二渡 信江 (二渡)

* この同意書に関する責任は北里大学メディカルセンター病院長にあります。

* 連絡先: 臨床各科の担当医または責任者

