

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、[REDACTED]より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出した DNA などを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成27年 6月28日

患者本人署名： [REDACTED]

住所： [REDACTED]

親権者（代諾者）署名： [REDACTED]

本人との関係（女）

住所： [REDACTED]

親権者（代諾者）署名： [REDACTED]

印 本人との関係（ ）

住所： [REDACTED]

説明者の氏名および職名： 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹 [REDACTED]

（注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 川口 清隆 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 8 月 28 日

患者本人署名: [署名]

住所: [住所]

親権者(代諾者)署名: [署名] 本人との関係 (姪)

住所: [住所]

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

説明者の氏名および職名:

説明者の署名または記名・捺印:

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 靖子より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱いの方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成23年 3 月28 日

患者本人署名： [署名]

住所： [住所]

親権者（代諾者）署名： [署名] 印 本人との関係 （ ）

住所： [住所]

親権者（代諾者）署名： [署名] 印 本人との関係 （ ）

住所： [住所]

説明者の氏名および職名： 小林 靖子 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 靖子 [印]

（注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 小林 清野 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 3 月 28 日

患者本人署名: _____

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

説明者の氏名および職名:

説明者の署名または記名・捺印:

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱いの方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成23年 7 月 / 日

患者本人署名：

住所：

親権者（代諾者）署名：

住所：

親権者（代諾者）署名：

住所：

本人との関係（女中）

印 本人との関係（ ）

説明者の氏名および職名：小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印：小林 清樹

（注）1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 小林 清樹 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 7 月 1 日

患者本人署名:

住所:

親権者(代諾者)署名:

本人との関係 (姉)

住所:

親権者(代諾者)署名:

印 本人との関係 ()

住所:

説明者の氏名および職名: 小林 清樹・精神科医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清樹

(注)

- ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。
- ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出した DNA などを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成 23 年 3 月 7 日

患者本人署名： [署名]

住所： [住所]

親権者（代諾者）署名： [署名] 印 本人との関係 （ ）

住所： [住所]

親権者（代諾者）署名： [署名] 印 本人との関係 （ ）

住所： [住所]

説明者の氏名および職名： 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹 [捺印]

（注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

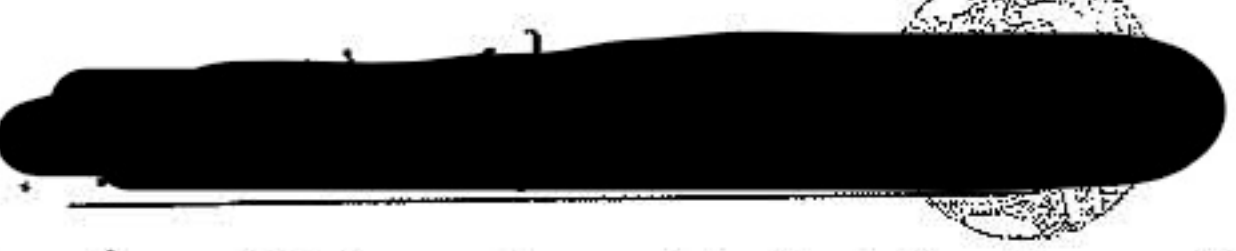
岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である小林 清樹医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成23年 3 月 7 日

患者本人署名: 

住所: 


親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

説明者の氏名および職名: 小林 清樹 脳神経医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清樹 

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、川、林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

<説明を受け理解した項目> 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱いの方針 | |
| <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

<遺伝子検査の同意内容>

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成24年 5月 18 日

患者本人署名：

住所：

親権者（代諾者）署名：

印

本人との関係（

住所：

親権者（代諾者）署名：

印

本人との関係（

住所：

説明者の氏名および職名：川、林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印：川、林 清樹

(注) 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である、小林 清太郎医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報が十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成24年 5月 18日

患者本人署名:

住所:

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

説明者の氏名および職名: 小林 清太郎、精神科医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清太郎

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力の同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱いの方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ


3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。


はい

いいえ

平成23年 〃 月 25 日

患者本人署名： 

住所： 

親権者（代諾者）署名： 

本人との関係 （親）

住所： 

親権者（代諾者）署名： _____

印 本人との関係 （ ）

住所： _____

説明者の氏名および職名： 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹 

（注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 小林 清樹 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 11 月 24 日

患者本人署名: _____

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____

本人との関係 (親)

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____

印 本人との関係 ()

住所: _____

説明者の氏名および職名: 小林 清樹・精神科医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清樹 (印)

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘フール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい


いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ


平成 23 年 9 月 22 日


患者本人署名： 

住所： 


親権者（代諾者）署名： 

本人との関係（母）

住所： 

親権者（代諾者）署名： 

印 本人との関係（ ）

住所： 

説明者の氏名および職名： 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹 

（注）1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である小林 清樹医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報が十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 9 月 22 日

患者本人署名

住所:

親権者(代諾者)署名

本人との関係 (母)

住所:

親権者(代諾者)署名:

印

本人との関係 ()

住所:

説明者の氏名および職名: 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清樹

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清輝より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

いいえ

平成 25 年 8 月 13 日

患者本人署名：

住所：

親権者（代諾者）署名：_____ 印 本人との関係 （ ）

住所：

親権者（代諾者）署名：_____ 印 本人との関係 （ ）

住所：

説明者の氏名および職名： 小林 清隆 . 講師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹

- (注) 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 小 木 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 29 年 1 月 27 日

患者本人署名: [署名]

住所: [住所]

親権者(代諾者)署名: [署名] 印 本人との関係 ()

住所: [住所]

親権者(代諾者)署名: [署名] 印 本人との関係 ()

住所: [住所]

説明者の氏名および職名:

説明者の署名または記名・捺印:

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。
はい ☒ いいえ ☐
2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。
はい ☒ いいえ ☐
3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。
はい ☒ いいえ ☐

平成 23 年 9 月 22 日

患者本人署名

住所：


親権者（代諾者）署名： _____ 印 本人との関係 （ _____ ）

住所：

親権者（代諾者）署名： _____ 印 本人との関係 （ _____ ）

住所： _____

説明者の氏名および職名： 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹 

- （注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 小林 清樹 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 9 月 22 日

患者本人署名

住所:

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所:

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所:

説明者の氏名および職名: 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清樹 

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘ファール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清樹より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成 23 年 3 月 7 日

患者本人署名

住所

親権者（代諾者）署名： _____ 印 本人との関係 （ _____ ）

住所： _____

親権者（代諾者）署名： _____ 印 本人との関係 （ _____ ）

住所： _____

説明者の氏名および職名： 小林 清樹、精神科医師

説明者の署名または記名・捺印： 小林 清樹

（注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 川、林 清樹 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 27 年 3 月 7 日

患者本人署名

住所

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

親権者(代諾者)署名: _____ 印 本人との関係 ()

住所: _____

説明者の氏名および職名:

説明者の署名または記名・捺印:

(注)

- ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。
- ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

遺伝子解析研究への協力の同意文書

私は脳内の石灰化（‘フアール病’）の遺伝子解析研究について、小林 清子より説明文書を用いて説明を受け、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意いたします。

＜説明を受け理解した項目＞ 説明を受け、理解した項目の□に✓をつけて下さい。）

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子の分析を行うこと | <input checked="" type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究目的 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の保護 | <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析結果の開示 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 研究成果の公表 | <input checked="" type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱いの方針 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 | <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |

＜遺伝子検査の同意内容＞

下記の項目内容に関して、「はい」または「いいえ」に○をつけ、ご署名ください。

1. 提供する試料等が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

2. 本研究が終了した時、試料等を廃棄することなく、将来、新たに計画・実施される遺伝子の分析を含む医学研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

3. 提供者の氏名や住所など提供者本人を特定できる情報を完全に削除した上で、試料や試料から取り出したDNAなどを国民の共有財産として、種々の研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成23年 3月 7日

患者本人署名

住所

親権者（代諾者）署名

印

本人との関係

（長女）

住所

親権者（代諾者）署名

印

本人との関係

（妹）

住所

説明者の氏名および職名：

説明者の署名または記名・捺印：

（注） 1、ご本人の署名がある場合は、押印および代諾者の署名は不要です。

2、ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾者が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。

岐阜大学大学院医学系研究科科長殿
岐阜大学医学部附属病院長殿

同意書

私は、採取された検体(血液・髄液・毛髪)の一部を用いての研究「(研究名:厚生労働省科学研究費助成金(難治性疾患克服事業)) ファール病(特発性両側性大脳基底核・小脳歯状核石灰化症)の分子病態の解明」について、担当医である 小林 清樹 医師から詳細な説明を受け、十分に理解しました。その上で、検体(血液・髄液・毛髪)の一部を研究に使用されることについて、その意義を理解し、同意します(同意したものに○印)。

また、私の個人情報十分に守られることを条件に、その研究成果を学術発表などの目的で使用することに同意します。なお、同意を撤回することもあります。

平成 23 年 3 月 7 日

患者本人署名

住所

親権者(代諾者)署名

本人との関係 (長女)

住所

親権者(代諾者)署名

本人との関係 (妹)

住所

説明者の氏名および職名: 小林 清樹 精神科医師

説明者の署名または記名・捺印: 小林 清樹

(注)

1. ご本人の署名がある場合は、押印および代諾人の署名は不要です。
2. ご本人の手が不自由で署名できない場合や判断が不能な場合には、代諾人が署名し、ご本人との間柄とともにご本人のお名前も併せてご記入願います。