

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 2 月 7 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様式第

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 2 月 26 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 3 月 8 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様

No. _____

回 意 書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 3 月 21 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

平成27年6月1日改訂

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成29年 2月20日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

平成27年6月1日改訂

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成27年 2月 7日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 4 月 25 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成28年 〇月 〇日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 5 月 28

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 5 月 27 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成29年6月6日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 6 月 13 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

- ・ 横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 6 月 20 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成27年 5月31日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 6 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 7 月 5 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成29年7月18日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 8 月 13 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 29 年 9 月 11 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 9 月 17 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 / / 月 / 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 27 年 11 月 5 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・ 横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 29 年 10 月 6 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成28年10月18日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 27 年 11 月 26 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・ 横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 11 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成29年11月9日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 27 年 12 月 5 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 12 月 12 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成29年 11月 21日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 1 月 4 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 27 年 11 月 29 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 30 年 1 月 4

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 1 月 21 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 / 月 23 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 2 月 1 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 2 月 4 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 2 月 18 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 3 月 12 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 30 年 3 月 14 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成30年 5月 7日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名 (空)

※代諾者氏名 (空)

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 5 月 16 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・ 横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成30年 5月23日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 5 月 23 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成30年²⁰¹⁸5月28日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表することに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 5 月 29 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 6 月 3 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 4 月 24 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 30 年 5 月 8 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力をお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 36 年 6 月 10 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 30 年 5 月 23 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成30年 5月14日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表することに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 30 年 6 月 20 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成30年 7月 3日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 7 月 17 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 20 年 8 月 1 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起り得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 8 月 27 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input checked="" type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input checked="" type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input checked="" type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 15 費用について |
| <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 研究実施後の医療提供 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input checked="" type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input checked="" type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input checked="" type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input checked="" type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input checked="" type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input checked="" type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input checked="" type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input checked="" type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 9 月 3 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 9 月 4 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 9 月 10 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 26 年 1 月 17 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 10 月 17 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成30年 10月 28日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 28 年 10 月 28 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 11 月 13 日

協力者氏名 _____

※代諾者氏名（父） _____

※代諾者氏名（母） _____

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 20 年 11 月 18 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 11 月 19 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 11 月 26 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 11 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 12 月 9 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 30 年 12 月 18 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 1 月 8 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 1 月 18 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 1 月 20 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 1 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 1 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 2 月 5 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成 31 年 1 月 10 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 2 月 17 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 2 月 20 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 3 月 3 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 3 月 5 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 3 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 4 月 / 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 21 年 4 月 2

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成3/ 年 2 月 28 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・ 横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 / 年 5 月 6 日
令和 協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045- 261- 5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 / 年 / 月 / 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

令和元年 5月16日
平成

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 5 月 14 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願い」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 6 月 2 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 6 月 2 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 27 年 6 月 4 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 31 年 6 月 4 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。

研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学 理事長

平成31年6月13日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627

まで、お問い合わせ下さい。

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 1 年 7 月 16 日
令和
協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。

様式第4号

No. _____

同意書

私は「研究名：抗血栓薬内服患者における胃内視鏡的粘膜下層剥離術後の遅発性後出血に対し、3rd-look内視鏡検査追加による予防効果の検討」（研究責任者：内視鏡部長 平澤欣吾）への参加協力について、消化器病センター担当医師により別紙「試験研究の参加と協力のお願ひ」に基づき以下の説明を受けました。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 研究の許可を受けていること | <input type="checkbox"/> 12 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 2 研究機関及び研究責任者 | <input type="checkbox"/> 13 利益相反（起こり得る利害の衝突） |
| <input type="checkbox"/> 3 研究の目的及び意義 | <input type="checkbox"/> 14 研究対象者等及びその関係者からの相談 |
| <input type="checkbox"/> 4 研究の方法及び期間 | <input type="checkbox"/> 15 費用について |
| <input type="checkbox"/> 5 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 16 研究実施後の医療提供 |
| <input type="checkbox"/> 6 負担並びに予測されるリスク及び利益 | <input type="checkbox"/> 17 偶発的所見の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> 7 撤回できること | <input type="checkbox"/> 18 健康被害への補償 |
| <input type="checkbox"/> 8 不利益を受けないこと | <input type="checkbox"/> 19 将来の研究の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 9 他の治療方法について | <input type="checkbox"/> 20 関係者が試料・情報を閲覧すること |
| <input type="checkbox"/> 10 資料の閲覧 | <input type="checkbox"/> 21 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 11 個人情報等の取り扱い | <input type="checkbox"/> 22 知的財産権について |

上記の説明を受け、十分に理解しましたので、自由意思により本研究に参加協力いたします。
研究成果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

また、研究の適正な実施のために、モニタリング・監査に従事する者並びに倫理審査委員会が診療に関する記録を閲覧することに同意します。

参加協力の内容：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長

平成 年 月 日

協力者氏名

※代諾者氏名（父）

※代諾者氏名（母）

参加協力を同意された研究に関する疑問・不安な点などは下記にお問い合わせ下さい。

連絡お問い合わせ先：

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

研究責任者 内視鏡部長 平澤欣吾

電話番号 045-261-5656

なお、上記連絡先と連絡が取れないときは

・横浜市立大学附属病院 臨床研究推進課倫理担当 電話045-370-7627
まで、お問い合わせ下さい。