

Name of Journal: *World Journal of Gastroenterology*

Manuscript NO: 56760

Manuscript Type: Retrospective study

Manuscript Title: Effects of denosumab treatment in chronic liver disease patients with osteoporosis

Informed consent statement:

All study participated patients provided written informed consent before enrollment and any examinations in this study.

Correspondence to

Chisato Saeki, MD, PhD

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, The Jikei University School of Medicine, Tokyo, Japan

Address: 3-25-8, Nishi-shimbashi, Minato-ku, Tokyo 105-8461, Japan

Tel: +81-3-3433-1111; Fax: +81-3-3435-0569

E-mail: chisato@jikei.ac.jp

Signed: Chisato Saeki

Data: July 30, 2020

同 意 書

東京慈恵会医科大学附属 病院長殿

この度、私は（自己免疫性肝疾患における骨粗鬆症の調査）に関する研究について担当医師から下記の項目につき十分な説明を受け納得しましたので、研究に協力することに同意します。
なお、本同意書の写し及び同意説明文書を受領しました。

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

説明日：西暦 年 月 日 説明担当医師名 _____

同意日：西暦 年 月 日 本人氏名 _____

住所 _____

同意書

富士市立中央病院 病院長殿

この度、私は「慢性肝疾患における骨粗鬆症の調査」に関する研究について担当医師から下記の項目につき十分な説明を受け納得しましたので、研究に協力することに同意します。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 当該研究の実施について研究機関の長の許可を受けていることについて | <input type="checkbox"/> 個人情報等の取扱いについて |
| <input type="checkbox"/> 研究機関の名称及び研究代表者の氏名について | <input type="checkbox"/> 試料・情報の保管及び廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 研究の目的及び意義について | <input type="checkbox"/> 研究の資金源、利益相反に関すること等について |
| <input type="checkbox"/> 研究の方法及び期間について | <input type="checkbox"/> 相談等への対応について |
| <input type="checkbox"/> 研究対象者として選定された理由 | <input type="checkbox"/> 経済的負担又は謝礼について |
| <input type="checkbox"/> 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益について | <input type="checkbox"/> 他の治療方法等に関する事項について |
| <input type="checkbox"/> 研究が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できること | <input type="checkbox"/> 研究実施後における医療の提供に関する対応について |
| <input type="checkbox"/> 研究が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって不利益な扱いを受けないこと | <input type="checkbox"/> 研究結果の取扱いについて |
| <input type="checkbox"/> 研究に関する情報公開の方法について | <input type="checkbox"/> 健康被害に対する補償の有無及びその内容について |
| <input type="checkbox"/> あなたの求めに応じて研究計画書等入手又は閲覧できることについて | <input type="checkbox"/> あなたから取得された試料・情報が将来の研究のために用いられる可能性等について |

説明日：西暦 年 月 日

同意日：西暦 年 月 日

説明担当医師名 _____

本人氏名 _____ 印

住所 _____