

(ID:0011060399)



0 0 1 1 0 6 0 3 9 9

〒101-8309

東京都千代田区神田駿河台1丁目6番

日本大学病院

電話番号：03(3293)1711(代表)

ID：[REDACTED]

名前：[REDACTED]

生年月日： 昭和47年07月25日

医学研究協力依頼のための説明と同意書

当病院では血液・尿・腹水・胸水・髄液・局所を擦ることによって得られた細胞などの一部および心電図，レントゲンなどの臨床検査によって得られたデータを診療記録とともに医学研究や教育に病院全体で利用させていただきたいと考えています。下記項目について，十分に説明を受けて確認された場合にレ印をつけて下さい。各項目を確認された後に，同意されるならば「同意書」に署名をお願い致します。

- ☒ 1. 検査試料が医学研究に利用されることへの同意
あなたの血液などの試料は，遺伝子の解析を含め，医学研究のために利用させていただく可能性があります。
- ☒ 2. 個人情報の保護について
研究結果や検体・研究による生産物などは保管させていただきます。あなたの氏名，住所，病名など，個人を特定する情報は漏洩しないように厳重に管理されます。
- ☒ 3. 研究結果の公表について
あなたの協力によって得られた研究成果は，あなたの氏名，住所などが明らかにならないようにプライバシーを保護した上で，学会発表や学術雑誌に発表されることがあります。
- ☒ 4. 不利益について
研究，記録保存，公表，保管のすべてにおいて，あなた自身に不利益をもたらすことはありません。また同意されない場合でもあなたの診療になんら変わりはありません。
- ☒ 5. 同意の撤回について
同意された場合でも，いつでも自由意思によって同意を撤回することができます。

同 意 書

日本大学病院長殿

私は上記の各項目について説明を受け，十分理解致しましたので，医学研究への協力に同意致します。

同意者（自筆）本人氏名 [REDACTED]

住所： [REDACTED]

生年月日：

1972年7月25日生

2021年 9月25日

(49歳) 性別：男・女

または代諾者（自筆）氏名 [REDACTED]

説明者 医師

氏名 [REDACTED]

同席者所属 職名 [REDACTED]

氏名 [REDACTED]

