

同 意 書

浜松医科大学長 殿

私は、「潰瘍性大腸炎に対する大腸カプセル内視鏡の有用性・安全性・受容性に関する検討」研究責任者（光学医療診療部・消化器内科 大澤 恵）の研究に協力するに当たり、以下の項目について、研究担当者（消化器内科 下澤 虎）から説明文書をもとに十分説明を受け、理解しました。そこで、みずからの自由意思により、この研究に協力することに同意します。

1. 研究の目的
2. 研究の方法（他の方法の有無、標準的な方法との比較）
3. 研究から期待される利益
4. 研究の危険性と必然的に伴う不快な状態および研究終了後の対応（予期される研究の危険性とその副作用、医学的な対処法）
5. 研究に協力することを拒否しても、そのために治療内容が異なったり、何らかの不利益を被ることがないこと。
6. 得られた検査結果により、本人の人権が損なわれたり、治療の上で不利益を被ることがないこと。
7. 得られた検査結果は、守秘され、個人のプライバシーを侵害する可能性がないこと。
8. 研究に協力することに同意した後も、いつでも自由に辞退できること。
9. 研究の資金源
10. 起こり得る利害の衝突と研究者等の関連組織との関わり
11. 試料提供に関わる（参加謝礼など）補償の有無
12. 臨床研究保険加入の有無
13. 研究結果の公表

平成29年 11月 17日

本人署名

代理人署名

本人との続柄（

印

印

）

研究担当者署名

（連絡先

大澤 虎

印

）

※この同意書は患者さんおよび研究担当者が同一のものをもち、研究が終了するまで保管願います。