様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：ステロイド依存性・抵抗性の炎症性腸疾患に対する薬剤選択に関する多施設前向き観察研究(OGF1810)

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.0版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2019 年 7 月 25 日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　　（　　）

立会人※署名　：

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日　：　西暦 2019 年 7 月 25 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

スキャン予約番号：007738320230
01060602

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：ステロイド依存性・抵抗性の炎症性腸疾患に対する薬剤選択に関する多施設前向き観察研究(OGF1810)

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.0版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2019 年 2 月 12 日
本人署名　：　[redacted]
立会人※署名：

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2019 年 2 月 12 日
担当医署名　：　[redacted]
同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同意書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：ステロイド依存性・抵抗性の炎症性腸疾患に対する薬剤選択に関する多施設前向き観察研究(OGF1810)

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.0版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦　2019　年　4　月　8　日
本人署名　：　[redacted]
立会人※署名：

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦　2019　年　4　月　8　日
担当医署名　：　飯島正平
同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同意書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：ステロイド依存性・抵抗性の炎症性腸疾患に対する薬剤選択に関する多施設前向き観察研究(OGF1810)

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.0版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2019 年 2 月 12 日
本人署名　：　[redacted]
立会人※署名：

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2019 年 2 月 12 日
担当医署名　：　[redacted]
同席者署名　：

様式 10-1（代諾者あり）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　便中 LRG 濃度測定の炎症性腸疾患の粘膜治癒判定の有用性の検討に関する研究

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted] が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.5　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

☑同意します

□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します

□同意しません

同意日　：　西暦 2018 年 1 月 22 日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2018 年 1 月 22 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：便中 LRG 濃度測定の炎症性腸疾患の粘膜治癒判定の有用性の検討に関する研究」

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書(版数)1.5　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

☑同意します

☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します

☐同意しません

同意日　：　西暦 2017 年 10 月 30 日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2017 年 10 月 30 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患におけるバイオマーカーの探索
－ Adalimumab 治療における LRG の有用性の検討

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）第 1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2017年 1月 12日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　　（　　）

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日　：　西暦 2017年 1月 12日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患におけるバイオマーカーの探索
－ Adalimumab 治療における LRG の有用性の検討

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）第 1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2017年 1月 12日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　（　　）

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日　：　西暦 2017年 1 月 12 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 1 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 1 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　活動期潰瘍性大腸炎患者に対する 5-アミノサリチル酸製剤（ASA）内服増量時 5-ASA 坐剤併用の有無に関するランダム化比較試験

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）第 2.2 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2017 年 2 月 23 日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　　（　　）

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日　：　西暦 2017 年 2 月 23 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　活動期潰瘍性大腸炎患者に対する 5-アミノサリチル酸製剤（ASA）内服増量時 5-ASA 坐剤併用の有無に関するランダム化比較試験

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）第 2.2 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2017 年 2 月 23 日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日　：　西暦 2017 年 2 月 23 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

担当医署名　：　飯島英邦

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

担当医署名　：　飯島 英邦

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2016 年 1 月 25 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016年 1 月 25 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10-1（代諾者あり）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　**炎症性腸疾患におけるバイオマーカーの探索**
－ Adalimumab 治療における LRG の有用性の検討

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）第 1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2017年 1月 12日

本人署名　：　[redacted]

代諾者署名（続柄）：　（　　）

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

□本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日　：　西暦 2017年 1月 12日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]　㊞
署名年月日　：西暦2016年 11月 1日
代諾者署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞
立会人署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：[redacted]　㊞
署名年月日　：西暦2016年 11月 1日
同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿
（複数署名可）＿＿＿＿＿＿＿＿

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に、（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2016年　1月　18日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2016年　1　月18　日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年　10 月　26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 27 年 10 月 26 日

担当医署名　：　飯島 喜

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患患者における血中脂質代謝物および腸内細菌の解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）　1.0　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2016 年　2 月　1 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年　2 月 1 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、＿＿飯石浩康＿＿医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

☑ 検体採取の原則
☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
☑ 個人情報の保護
☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
☑ 費用負担に関する事項
☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]
署名年月日：西暦 2016年　4　月　7　日
同席者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
複数署名可：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：　FAX　：
説明医師署名（役職）：飯石浩康（　　）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2016年 1 月 18 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2016 年 1 月 18 日

担当医署名　：　飯田美樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 ： 炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日 ： 西暦 2015 年 11 月 16 日

本人署名 ： [redacted]

立会人※署名（続柄）： （ ）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日 ： 西暦 2015 年 11 月 16 日

担当医署名 ： 飯島 英邦

同席者署名 ：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年12月7日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 7 日

担当医署名　：　飯島 英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2018年 10 月 22 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2018年 10 月 22 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2015年 10 月 22 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 10 月 22 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 11月 12日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11月 12日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 14日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 14日

担当医署名　：　飯為英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2016年 11月 10日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2016年 11月 10日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 14日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 12月 14日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：　[redacted]

様式 10（代諾者なし）　　0176

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 7日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 7日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

担当医署名　：　飯島正利

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患患者における血中脂質代謝物および腸内細菌の解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）　1.0　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 ~~1967~~ 2016 年 3 月 8 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年 3 月 8 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 15 年 11 月 9 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

担当医署名　：　飯島 英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 28 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 28 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 28 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 28 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 11月 12日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 11月 12日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 15 年 11 月 9 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

担当医署名　：　飯島 正平

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 12 月 14 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 14 日

担当医署名　：　飯島 美加

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 27 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 27 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 1 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　[redacted]（母）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 1 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、飯石浩康　医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 検体採取の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦 2016 年　4 月　17 日

同席者署名：

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：　FAX　：

説明医師署名（役職）：飯石浩康　（　　）

（　　）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]
署名年月日　：西暦2016年　7月　25日
代諾者署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞
立会人署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：飯島正斗　㊞
署名年月日　：西暦2016年 7月 25日
同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（複数署名可）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]
署名年月日　：西暦2016年　7月　25日
代諾者署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞
立会人署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：飯島正平　㊞
署名年月日　：西暦2016年　7月　25日
同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（複数署名可）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2016年 1月25日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2016年 1月27日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015 年　11 月　17 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11 月 17 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015 年　11 月　17 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11月 17日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 11月 2日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11月 2日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 11月 2日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 2 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 11月 12日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11月 12日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 15日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 12月 15日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された生体試料が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、＿＿＿＿＿＿＿＿医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 検体採取の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦2015年　8月　19日

同席者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

複数署名可：＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：　FAX　：
説明医師署名（役職）：＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

様式 10

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目　：　難治性腸管炎症における治療効果に寄与する因子の解析

私は、上記研究題目における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間　☑方法（研究対象者として選定された理由 等）
☑期待される結果及び起こりうる危険性・不便
☑個人情報の取扱い　☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料（資料）の保存及び使用方法並びに保存期間（研究終了後の（試料）資料の取扱い）
☑費用負担に関すること　☑補償の有無
☑研究の資金源　☑関連組織との関わり
☑研究の開示　☑知的財産権等の帰属
☑問い合わせ先（研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等）
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名　：　[redacted]　㊞
署名年月日　：　西暦2015年 8月 19日
立会人署名（続柄）：　（　　）㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：　[redacted]　㊞
署名年月日　：　西暦2015年 8月 19日
同席者署名　：
（複数署名可）

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 11月 16日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11月 16 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 27 年 10 月 26 日

担当医署名　：　飯島 英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 2 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 2 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 12 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 12 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 15 年 11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 11月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 27 年 12 月 22 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 12月 22日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10\(代諾者なし)

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　[redacted]（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 10 月 22 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 10 月 22 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析．

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

担当医署名　：　飯島亜紗

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12 月 7 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月7 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 1 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 1 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：炎症性腸疾患、皮膚疾患、難治性小児疾患における免疫寛容および糖鎖変化を反映する診断マーカーの開発

私は、上記研究題目における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間　☑方法（研究対象者として選定された理由 等）
☑他の治療法　☑期待される結果及び起こりうる危険性・不便
☑個人情報の取扱い　☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料（資料）の保存及び使用方法並びに保存期間（研究終了後の（試料）資料の取扱い）
☑費用負担に関すること　☑補償の有無
☑研究の資金源　☑関連組織との関わり
☑研究の開示　☑研究結果の提供
☑知的財産権等の帰属　☑共同研究の場合のその内容
☑問い合わせ先（研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等）
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名　：[redacted]　㊞
署名年月日　：西暦 2016年 4月 19日
代諾者署名（続柄）：　（　　）㊞
立会人署名（続柄）：　（　　）㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：[redacted]　㊞
署名年月日　：西暦 2016年 4月 19日
同席者署名　：
（複数署名可）

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

担当医署名　：　飯島 英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 27 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 27 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 12 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 12 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2016 年　3 月　3 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年 3 月 3 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2016年 2月 23日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016年 2月 23日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 ： 炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日 ： 西暦 2015 年 11 月 12 日

本人署名 ： [redacted]

立会人※署名（続柄）： （ ）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日 ： 西暦 2015 年 11 月 12 日

担当医署名 ： [redacted]

同席者署名 ：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 27 年 11 月 9 日

担当医署名　：　飯島正博

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年　11 月　16 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　本人（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 1日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 1日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2016年　2月　19日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2016年　2月　18日

担当医署名　：　日山翔文

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2016 年 2 月 17 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年 2 月 18 日

担当医署名　：　日山翔文

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 20 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 20 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年11月10日

担当医署名　：

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 3月 15日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 3月 15日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 9 日

担当医署名　：　飯島正村

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 14日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 14日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2015年 10月 20日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 10月 20日

担当医署名　：

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2016 年　1 月　5 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　[redacted]（娘）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年　1 月　5 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 27 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 27 日

担当医署名　：

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 10月 26日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 10月 26日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦2016 年 1 月 25 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016年 1 月 25 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 14 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 14 日

担当医署名　：　飯島正樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2016 年 1 月 27 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 11 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 29 年 12 月 21 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 21 日

担当医署名　：　飯与英知

同席者署名　：

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、日山努史 医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で レ をつけてください。）

☑ 検体採取の原則
☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
☑ 個人情報の保護
☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
☑ 費用負担に関する事項
☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名 ： [redacted]
署名年月日：西暦2016年 3 月 1 日
同席者署名：
複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL ： FAX ：
説明医師署名（役職）： 日山努史 （ ）
（ ）

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患患者における血中脂質代謝物および腸内細菌の解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）　1.0　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します

☐同意しません

同意日　：　西暦 2016 年　2　月　1　日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年　2　月　1　日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患患者における血中脂質代謝物および腸内細菌の解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）　1.0　版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☑同意します

☐同意しません

同意日　：　西暦 2016 年 2 月 1 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年 2 月 1 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 1日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2015年 12月 1日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 10月 20日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 10月 20日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：　[redacted]

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 7 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 7 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 12 月 17 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12 月 17 日

担当医署名　：　井山 貴文

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 12月 17日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 12月 17日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 12 月 14 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 12 月 14 日

担当医署名　：　飯島正樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 26 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年　11 月　30 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2016 年　1 月　25 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2016 年 1 月 25 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2016年　1月　5日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　[redacted]（[redacted]）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦2016年　1月　5日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 24 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 24 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 10 月 26 日

担当医署名　：　飯石英利

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 5 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 5 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 5 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 5 日

担当医署名　：　日山知文

同席者署名　：

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]　㊞
署名年月日　：西暦 1976 年 3 月 3 日
代諾者署名（続柄）：　　（　　）㊞
立会人署名（続柄）：　　（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：[redacted]　㊞
署名年月日　：西暦 2016 年 1 月 7 日
同席者署名　：
（複数署名可）

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☐同意します
☑同意しません

同意日　：　西暦2015年 10 月 22 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 10 月 22 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015年 10 月 26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 10 月 26 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11 月 10 日

担当医署名　：

同席者署名　：

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、＿＿＿＿＿＿＿＿医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 検体採取の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦 2016年　5月　12日

同席者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

複数署名可：＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：　FAX　：

説明医師署名（役職）：＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 12 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 12 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015年 11月 12日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11月 12日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦2015年 11 月 2 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015年 11 月 2 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　[redacted]（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 30 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年　10 月　26 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 27 年 10 月 26 日

担当医署名　：　飯島 喜世

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
□同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：　　（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 16 日

担当医署名　：　飯島英樹

同席者署名　：

様式 10（代諾者なし）

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究課題名　：　炎症性腸疾患増悪における環境因子に関する解析

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）1.1 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意思により、この研究に参加することに同意します。

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて
☑同意します
☐同意しません

同意日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

本人署名　：　[redacted]

立会人※署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日　：　西暦 2015 年 11 月 10 日

担当医署名　：　[redacted]

同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、検査終了後の血液、手術に際して切除された組織の一部などが、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、

[redacted]医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 余剰検体利用の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦 2015年　9月　1日

同席者署名：

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学　消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：　FAX　：

説明医師署名（役職）：[redacted]（助教）

（　　）

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 検体採取の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦 2015年　5月　17日

同席者署名：

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：　FAX　：
説明医師署名（役職）：飯島英樹（講師）
（　　）

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 検体採取の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦2015年　8月　3日

同席者署名：

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘2-2
TEL　：　FAX　：
説明医師署名（役職）：飯島英樹（医学）
（　　）

様式10

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目　：　感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ２グリコプロテイン（LRG）の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間　☑方法（研究対象者として選定された理由 等）
☑個人情報の取扱い　☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料（資料）の保存及び使用方法並びに保存期間（研究終了後の（試料）資料の取扱い）
☑費用負担に関すること　☑研究の資金源
☑関連組織との関わり　☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属　☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先（研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等）
□代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名　：　[redacted]　㊞
署名年月日　：　西暦 2015 年 7 月 14 日
代諾者署名（続柄）：　（　　）㊞
立会人署名（続柄）：　（　　）㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：　[redacted]　㊞
署名年月日　：　西暦 2015 年 7 月 14 日
同席者署名　：
（複数署名可）

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目　：　感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ２グリコプロテイン（LRG）の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に（研究対象者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間　☑方法（研究対象者として選定された理由 等）
☑個人情報の取扱い　☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料（資料）の保存及び使用方法並びに保存期間（研究終了後の（試料）資料の取扱い）
☑費用負担に関すること　☑研究の資金源
☑関連組織との関わり　☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属　☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先（研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等）
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名　：　[redacted]　㊞
署名年月日　：　西暦 2015 年 6 月 30 日
代諾者署名（続柄）：　（　　）㊞
立会人署名（続柄）：　（　　）㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：　[redacted]　㊞
署名年月日　：　西暦 2015 年 6 月 30 日
同席者署名　：
（複数署名可）

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]
署名年月日　：西暦 2015年 7月 13日
代諾者署名（続柄）：　　（　　）㊞
立会人署名（続柄）：　　（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：飯島英siro　㊞
署名年月日　：西暦 2015年 7 月13 日
同席者署名　：
(複数署名可)

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]
署名年月日　：　西暦 2015年 7月 13日
代諾者署名（続柄）：　　（　　）㊞
立会人署名（続柄）：　　（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：　飯島英樹　㊞
署名年月日　：　西暦 2015年 7 月13 日
同席者署名　：
(複数署名可)

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]
署名年月日　：西暦 2015年 6月 15日
代諾者署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞
立会人署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：飯島正樹 飯島
署名年月日　：西暦 2015年 6月 15日
同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（複数署名可）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同　意　書

大阪大学医学部附属病院長　殿

研究題目：潰瘍性大腸炎患者に対する青黛(Indigo naturalis)投与の安全性の検討

私は、上記研究題目における研究に（患者氏名）[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の意義、目的及び期間
☑方法(被験者の選択基準)
☑予期される利益、危険性または不便、本研究終了後の対応
☑研究計画の開示　　☑個人情報が守られること
☑研究から生じる知的財産権の帰属
☑研究成果の公表　　☑研究の資金源
☑健康被害が発生した場合の対処と補償の有無
☑費用負担に関すること
☑責任研究者の氏名、職名、連絡先　　☑問い合わせ先

本人署名　：[redacted]
署名年月日　：西暦 2015年 6月 15日
代諾者署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞
立会人署名（続柄）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）㊞

私は担当医として、今回の臨床研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名　：飯島正樹　飯島
署名年月日　：西暦 2015年 6月 15日
同席者署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（複数署名可）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] 、が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2015年 6月 2日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2015年6月2日
同席者署名 ：
(複数署名可)

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、通常診療範囲内で行われる血液検査の時に余分に採取される血液の一部が大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、飯島英樹医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

☑ 余分検体利用の原則
☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
☑ 個人情報の保護
☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
☑ 費用負担に関する事項
☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]
署名年月日：西暦 1968年 7月 15日
同席者署名：
複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学　消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：06-6879-3621　FAX　：06-6879-3629
説明医師署名（役職）：飯島英樹（医師）
（　　）

様式10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted] [redacted]
署名年月日 ： 西暦 15 年 7 月 25 日
代諾者署名(続柄)： [redacted] ([redacted]) [redacted]
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦 2014 年 11 月 25 日
同席者署名 ：
(複数署名可)

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、飯島英樹 医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

☑ 検体採取の原則
☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
☑ 個人情報の保護
☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
☑ 費用負担に関する事項
☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]
署名年月日：西暦 2014年 2月 6日
同席者署名：
複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL ：　FAX ：
説明医師署名（役職）：飯島英樹（医師）
（　　）

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 □共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted]
署名年月日 ： 西暦2013年 9 月 12日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： 飯田英子 ㊞
署名年月日 ： 西暦 2013年 9 月 12 日
同席者署名 ：
(複数署名可)

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された血液が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、飯島英樹 医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

☑ 検体採取の原則
☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
☑ 個人情報の保護
☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
☑ 費用負担に関する事項
☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]
署名年月日：西暦2014年　2月　13日
同席者署名：
複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘2-2
TEL　：　FAX　：
説明医師署名（役職）：飯島英樹（医師）
（　　）

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted]
署名年月日 ： 西暦19年 11 月 26日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 12月 26日
同席者署名 ：
(複数署名可)

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間　☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い　☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること　☑研究の資金源
☑関連組織との関わり　☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属　☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted]
署名年月日 ： 西暦 2015年 8月 29日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： 須永 [illegible] ㊞
署名年月日 ： 西暦 2015年 8月 29日
同席者署名 ：
(複数署名可)

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、通常診療範囲内で行われる血液検査の時に余分に採取される血液の一部が大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、

[redacted]医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 余分検体利用の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦2013年　10月　29日

同席者署名：

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学　消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘2-2
TEL　：06-6879-3621　FAX　：06-6879-3629

説明医師署名（役職）：[redacted]（[redacted]）

（　　）

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、検査終了後の血液、検査や治療の際に取り出された組織の一部などが、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、

[redacted]医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- □ 余剰検体利用の原則
- □ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- □ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- □ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- □ 個人情報の保護
- □ 研究から生じる知的財産権の帰属
- □ 費用負担に関する事項
- □ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦　25 年　11 月　26 日

同席者署名：[redacted]

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学　　消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL　：06-6879-3621　FAX　：06-6879-3629

説明医師署名（役職）：[redacted]（助教）

（　　）

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名)[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり □研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
□代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted]
署名年月日 ： 西暦2013年 10月15日
代諾者署名(続柄)： (　　)㊞
立会人署名(続柄)： (　　)㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10月15日
同席者署名 ：
(複数署名可)

様式10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10月 22日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10月 22日
同席者署名 ：
(複数署名可)

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名 [redacted])が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10月 22日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10月22日
同席者署名 ：
(複数署名可)

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名)[redacted]が参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10月 22日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年10月22日
同席者署名 ：
(複数署名可)

様式 10

同 意 書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究題目 ： 感染症、自己免疫疾患、癌におけるロイシンリッチアルファ2グリコプロテイン(LRG)の炎症マーカーとしての有用性に関する臨床研究

私は、上記研究題目における研究に(研究対象者氏名) [redacted] 参加するにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、私の自由意思による参加の中止が可能であることを含め理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

☑同意が任意のものであり、同意しない場合も不利益をうけないこと
☑参加した後でも、撤回がいつでも可能であり、その場合も不利益を受けないこと
☑研究の目的、意義及び期間 ☑方法(研究対象者として選定された理由 等)
☑個人情報の取扱い ☑研究終了後の対応・研究成果の公表
☑試料(資料)の保存及び使用方法並びに保存期間(研究終了後の(試料)資料の取扱い)
☑費用負担に関すること ☑研究の資金源
☑関連組織との関わり ☑研究の開示
☑知的財産権等の帰属 ☑共同研究の場合のその内容
☑研究結果の被験者への告知について
☑問い合わせ先(研究機関名・研究者等の氏名、職名・連絡先 等)
☑代諾者から同意を受ける場合は、研究の重要性、必要不可欠性

本人署名 ： [redacted] ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10 月 3 日
代諾者署名(続柄)： ( )㊞
立会人署名(続柄)： ( )㊞

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 ： 飯島正平 ㊞
署名年月日 ： 西暦2013年 10 月 3 日
同席者署名 ：
(複数署名可)

同意書

大阪大学医学部附属病院長殿

私は、採取された生体試料が、大阪大学大学院医学系研究科消化器内科で保管され、大阪大学の倫理審査委員会に諮り許可された同科にて行われる研究に対し使用されることについて、新川 1吉一 2D 医師より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解し、研究協力に同意します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で　レ　をつけてください。）

- ☑ 検体採取の原則
- ☑ 自由意思による研究協力の同意と撤回
- ☑ 試料提供者のもたらされる利益および不利益
- ☑ 倫理的正当性が審査された計画書に基づいて研究が行われること
- ☑ 個人情報の保護
- ☑ 研究から生じる知的財産権の帰属
- ☑ 費用負担に関する事項
- ☑ 研究内容については、情報を公開できる範囲で、ホームページ上に公開すること。また、希望される場合には個別に説明すること

本人署名　：[redacted]

署名年月日：西暦 H25 年　7 月　29 日

同席者署名：

複数署名可：

私は上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

大阪大学大学院医学系研究科消化器内科
〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 2-2
TEL ：　FAX ：
説明医師署名（役職）：新川 1吉一 2D（助教）
（　　）

カルテ用

同意書

私は、血液を提供するにあたり、裏面説明書により十分説明を受け、了解しました。説明書に記載された条件において、治療記録や血液試料などの保存・利用について、同意いたします。

H22年6月9日

本人氏名：[redacted]（署名）

（代諾者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名））

住所：[redacted]

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

カルテ用

同意書

私は、血液を提供するにあたり、裏面説明書により十分説明を受け、了解しました。説明書に記載された条件において、治療記録や血液試料などの保存・利用について、同意いたします。

平成19年5月20日

本人氏名：[redacted]（署名）

（代諾者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名））

住所：[redacted]

説明医師＿飯島英明＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）