

研究協力の同意文書

課題名：血行再建後の重症下肢虚血患者に対する抗血小板療法および
抗凝固療法の有用性と安全性 CARRIAGE-HIROSHIMA registry

JA 広島総合病院 院長 殿

私は本研究について、_____より説明文書を用いて説明を受け、その方法について十分理解し、研究協力に同意致します。（ただし、一旦同意した場合でも不利益を受けることなくいつでも同意を取り消すことができます。）

説明を受け理解した項目 の中に自分ですべてを付けて下さい。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 研究目的と意義 | <input type="checkbox"/> 研究計画・解析結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 研究方法 | <input type="checkbox"/> 研究結果の公表 |
| <input type="checkbox"/> 研究対象者および選定理由 | <input type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 資料提供者にもたらされる利益および不利益 | <input type="checkbox"/> 研究中の情報等の保管および研究終了後の情報等の取り扱いの方針 |
| <input type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 | <input type="checkbox"/> 利益相反 |
| <input type="checkbox"/> 研究期間 | <input type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 | |

研究協力への同意

（説明を受け理解した項目の全てのにレを記入した方は、以下の署名欄に署名して下さい）

無償で提供する資料が、本研究に使用されることに同意します。

年 月 日

署名：_____

（資料提供者）

提供した情報が将来新たに計画・実施される研究に使用されることについて

同意します 同意しません（いずれかにレを付けて下さい）

JA 広島総合病院 心臓血管外科

〒738-8503 広島県廿日市市地御前1丁目3番3号

Tel : 0829-36-3111

説明者の署名または、記名・押印

Ⓔ

原本 保管用
写し 資料提供者（一部）
診療録用（一部）

研究への協力同意撤回書

JA 広島総合病院 院長 殿

私は 年 月 日、血行再建後の重症下肢虚血患者に対する抗血小板療法および抗凝固療法の有用性と安全性 CARRIAGE-HIROSHIMA registry について、その目的、方法、危険性等について十分理解し、自らの自由意思により研究協力を同意致しました。しかしながら、都合上、研究協力に対する同意を撤回いたします。

また、(いずれかにレを入れてください)

- 同意撤回前に収集された情報について、利用してもかまいません。

- 同意撤回前に収集された情報について、利用しないでください。

同意撤回日

年 月 日

本人 氏名 (自著) _____