

研究参加の同意書

JA 広島総合病院 病院長 様

説明をうけ、以下の項目を理解し、「単一遺伝子異常による糖尿病の成因、診断、治療に関する調査研究」に参加することに同意します

*理解した内容について、各々左側の□にレを書き入れて下さい。

- 研究の目的について
- 遺伝と遺伝子について
- 研究の方法について
- 研究に参加したときと参加しなかったときに予想されることについて
- 遺伝カウンセリングについて
- 結果開示について
- 未成年者の参加は代諾のもとおこなわれることについて
- 費用について
- 個人情報の保護について
- 研究終了後の血液などの取りあつかいについて
- 知的財産について
- いつでも同意を撤回できることについて
- 問い合わせ先

*偶然、他の重大な病気の原因となる遺伝子の変化が見つかった場合に開示を希望するか、しないかを選択してください。

- 希望する
- 希望しない

*その後の状況の変化により、あなたに直接結果をお伝えすることが不可能になった場合において、あなた(あなたのお子さん)の遺伝子検査の結果を誰かに伝えることを希望するかしないか、選択してください。

- 希望する : 伝えて良い方の氏名() 続柄:()
住所 ()
- 電話番号 ()
- 希望しない

年 月 日

本人氏名(自筆) ^{ふりがな} _____

住所 _____

電話番号 _____

(代諾者が必要であれば)

代諾者氏名(自筆) ^{ふりがな} _____ 本人との関係()

説明者 氏名(自筆) ^{ふりがな} _____

所属施設名: _____

日付: _____ 年 月 日

※同意書のコピーを一部必ずもらってください

研究参加の同意撤回書

JA 広島総合病院 病院長 様

このたび私は、「単一遺伝子異常による糖尿病の成因、診断、治療に関する調査研究」に参加同意したことを撤回します。

採取した血液は破棄してください。また、得た情報は、すでに研究結果が公表されているため削除できないもの以外、すべて削除してください。

年 月 日

本人氏名(自筆) ^{ふりがな} _____

住所 _____

電話番号 _____

(代諾者が必要であれば)

代諾者氏名(自筆) ^{ふりがな} _____ 本人との関係()

同意撤回の意思を確認いたしました。

研究者 ^{ふりがな} 氏名(自筆) _____ (所属)

※同意撤回書のコピーを一部必ずもらってください