

同 意 書

広島総合病院 病院長 殿

私は、「人工呼吸器管理を必要とする ARDS 患者の抜管前後の管理方法を中心とした多施設前向きデータベースの構築」の研究に参加するに当たり、説明担当者（研究責任者または研究分担者）から、下記のことについて十分に説明を受けて納得しましたので、自由意思によりこの研究に参加することに同意します。なお、説明文書及び同意書（写）を受領しました。

1. はじめに
2. 研究の背景・目的・意義
3. 研究の方法について
4. 研究に参加することにより期待される利益および予想される不利益
5. あなたに守っていただきたい事項について
6. 研究を中止する場合があります
7. 研究に参加しない場合の治療法について
8. 研究の参加予定期間
9. 研究の参加予定人数
10. 個人情報の保護について
11. 研究に関する情報の公開について
12. 研究の資金源および利益相反について
13. 研究に参加された場合のあなたの費用負担について
14. 研究終了後の結果の取り扱いについて
15. データの二次利用について
16. 研究代表者（責任者）の連絡先
17. 研究に関する相談・問合せ先
20. 研究に関する苦情と相談窓口について

得られたデータを将来別の研究に使用することについて

同意します 同意しません（いずれかにチェックをお願いします）

（研究責任者）職名：助教 氏名： 錦見 満暁

（説明担当者）職名： 連絡先（TEL）：082-257-5456

説明日 西暦 年 月 日 署名

（本人）同意日 西暦 年 月 日 署名

【本人氏名： _____】

（代諾者）同意日 西暦 年 月 日 署名

研究対象者名： _____ 続柄： _____

同 意 撤 回 書

広島総合病院 病院長 殿

私は、「人工呼吸器管理を必要とする ARDS 患者の抜管前後の管理方法を中心とした多施設前向きデータベースの構築」の研究についての参加に同意いたしましたが、都合により同意を撤回いたします。

また、 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。
(いずれかに✓を入れてください)

(本人) 同意撤回日 西暦 _____ 年 月 日

署名 _____

(代諾者) 同意撤回日 西暦 _____ 年 月 日 署名 _____

研究対象者名: _____ 続柄: _____

私は、この同意の撤回について、確認いたしました。

(研究責任者) 職名: 助教 氏名: 錦見 満暁 _____

(確認者) 職名: _____ 連絡先 (TEL): _____

同意撤回確認日 西暦 _____ 年 月 日 署名 _____

同意撤回の意思を確認いたしました。

研究責任医師あるいは研究分担医師

署名または記名捺印: _____

署名年月日 : _____ 年 月 日