

同意書

※ヒトゲノム・遺伝子解析研究に使用

研究責任者：名古屋大学医学部附属病院輸血部・教授 松下 正 殿

私は、研究課題「血栓・止血異常症の遺伝子診断および病態解析」について、
(氏名) _____ 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ました。(以下の文章のうち、説明を受け、理解した項目について、□にチェックをして下さい。)

- この研究の目的、意義、実施方法、予測される危険
 この研究に参加しなくても、今後の診療に不利益にならないこと
 一度同意しても、いつでも同意を取り消すことができること
 個人情報の保護には、十分な配慮がされること
 分析結果のお知らせ方法、知的財産権の取り扱い、健康被害に対する補償

ついで、次の条件で研究参加に同意します。

- 提供する試料・情報が、本遺伝子解析研究に使用されることに同意します。
 はい いいえ
- 本研究が終了した時、提供する試料・情報について (以下の□のどちらかを選択してください)。
将来、新たに計画・実施される研究に使用される場合、新たな倫理審査と研究機関の長の許可を条件に、再度使用されることに同意 [します しません]。
(同意の場合⇒) 保存期間を超えて保管されることに同意 [します しません]。
- 提供者の氏名や住所など提供者本人を直接特定できる情報を削除した上で、試料そのものや試料から取り出した DNA などを全国規模の共同研究に提供し、種々の疾患の遺伝子解析研究に使用されることに同意します。
 はい いいえ
- 提供する血液細胞を生かしたもの (細胞株といいます) を保存して、将来、新たに計画・実施される遺伝子の解析を含む臨床研究に使用される場合は、新たな倫理審査を経て実施機関の長が承認したことを条件に、再度使用されることに同意します。
 はい いいえ

年 月 日 午前・午後 時 分

氏名 (本人) _____

氏名 (代諾者) _____

代諾者の場合本人との関係 _____

住所 _____

(この同意書が個人を特定できる資料と同時に保管される場合には住所の記入は不要です。)