

同意書

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長 殿

研究課題名：「順天堂大学における医学研究支援を目的とした残余検体および医療情報の保存」

＜説明事項＞

1. はじめに（目的と意義）
2. 「順天堂大学バイオリソースリサーチセンター」にご協力いただくための同意方法について
3. 「保存同意」の対象となる「診療に伴って生じる診療情報や残余検体」の利用について
 - (1) 診療に伴って発生する診療情報や残余検体
 - (2) 診療情報・残余検体の提供の対象者
 - (3) 秘密の保持
 - (4) 予測される成果
 - (5) 期待される利益と予想される不利益
 - (6) 知的財産権
 - (7) 診療に伴う診療情報や残余検体の利用に関する問い合わせ
4. 順天堂大学バイオリソースリサーチセンターに関する説明
 - (1) 残余検体の保存同意と保管場所について
 - (2) 残余検体と診療情報等の提供について
 - (3) 残余検体と診療情報の処理・保管について
 - (4) 将来実施される研究について
 - (5) 試料解析研究を行う際の審査と手続きについて
 - (6) 研究結果の開示について
 - (7) 個人情報の取り扱いについて
 - (8) 保管期間と予定参加人数について
 - (9) 研究のための費用・プロジェクトと企業・団体との関わりについて
 - (10) 順天堂大学バイオリソースリサーチセンターへの協力の任意性について
 - (11) 研究成果の公表について
 - (12) 知的財産権の帰属について
 - (13) 研究期間、連絡先について
5. 想定される保存検体の種類（診療上必要な検体のみを採取します。採取された検体の残余の保存についての同意をお聞きます。）※保存場所の容量の関係で廃棄される場合もあります。
 - ・組織・細胞
 - ・血液・尿・便・喀痰・唾液・骨髓液・髄液・体液・検体から分離された各種微生物

☐ 手術または病理検査の予定があります。

【説明者の署名欄】説明者はこの研究の研究分担者である

私は、下記患者さんに、この研究について十分に説明いたしました。

同意日：西暦 年 月 日 （午前・午後 : ）

説明者（署名）： （所属： ）

【患者さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本研究に参加することに同意します。

☐ 18歳以上です

同意日：西暦 年 月 日 （午前・午後 : ）

患者氏名（署名）： 生月日： / （診察券 ID: ）