

同意書はコピーをして、患者さんに一部渡してください。

は担当医師あるいは臨床研究コーディネーターが記載してください。

は研究対象者・代諾者・立会人が記載してください。

※作成の注意点

同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 : _____ 申請時に記載してください

私は、上記研究課題名における研究に (研究対象者氏名) _____ が参加するにあたり、担当医から説明文書 (版数) _____ 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の身 _____ により、この研究に参加することに同意します。

同意取得時に用いた説明文書の版数を記載してください

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

- 同意します
- 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかをチェックしてもらってください!

また、本研究で得られた試料 (血液、組織等) を別の研究等のために使用することについて

- 同意します
- 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかをチェックしてもらってください!

該当しない場合は、申請時に削除してください。

同意日 : 西暦 年 月 日

本人署名 : _____

立会人※署名 (続柄) : _____ ()

※立会人: 研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日 : 西暦 年 月 日

担当医署名 : _____

同席者署名 : _____

署名後、コピーを渡してください

同意書はコピーをして、患者さんに一部渡してください。
は担当医師あるいは臨床研究コーディネーターが記載してください。
は研究対象者・代諾者・立会人が記載してください。

※作成の注意点

同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 : _____ **申請時に記載してください**

私は、上記研究課題名における研究に (研究対象者氏名) _____
が参加するにあたり、担当医から説明文書 (版数) _____ 版および口頭にて十分な説明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意志により、この研究に参加することに同意します。

同意取得時に用いた説明文書の版数を記載してください

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

- 同意します
- 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかを
チェックしてもらってください!

また、本研究で得られた試料 (血液、組織等) を別の研究等のために使用することについて

- 同意します
- 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかを
チェックしてもらってください!

該当しない場合は、
申請時に削除してください。

同意日 : 西暦 年 月 日

本人署名 : _____

代諾者署名 (続柄) : _____ ()

立会人*署名 (続柄) : _____ ()

※立会人: 研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました
(アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。)

説明日 : 西暦 年 月 日

担当医署名 : _____

同席者署名 : _____

署名後、コピーを渡してください

確認書はコピーをして、患者さんに一部渡してください。
は担当医師あるいは臨床研究コーディネーターが記載してください。
は研究対象者・代諾者・立会人が記載してください。

確認書

※作成の注意点

研究課題名 : 申請時に記載してください

研究について話を聞きました。

研究に参加することにします。

決めた日 : 西暦 年 月 日

名前 :

話をした先生

話をした日 : 西暦 年 月 日

先生の名前 :

様式 10-2 (アセント確認書) は主に研究対象者が小児の場合に用います。
用いる際には、様式 10-1 (代諾者あり) も必須です。

署名後、コピーを渡してください