

遺伝子解析研究への協力の同意文書

東京女子医科大学 輸血・細胞プロセッシング部 特任教授 菅野 仁 殿

私は遺伝子解析研究（研究課題名：先天性溶血性貧血関連遺伝子の Target Capture Sequencing による解析研究）について、同意取得説明文書を用いて以下の説明を受けました。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で☑を付けて下さい。）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 遺伝子の解析を行うことについて | <input type="checkbox"/> 9. 個人情報の保護について |
| <input type="checkbox"/> 2. 研究協力の任意性と撤回自由について | <input type="checkbox"/> 10. 遺伝子解析結果の開示について |
| <input type="checkbox"/> 3. 研究目的について | <input type="checkbox"/> 11. 研究成果の公表について |
| <input type="checkbox"/> 4. 研究方法について | <input type="checkbox"/> 12. 知的財産権の帰属について |
| <input type="checkbox"/> 5. 共同研究機関の有無について | <input type="checkbox"/> 13. 遺伝子解析研究終了後の試料・情報の取扱いの方針について |
| <input type="checkbox"/> 6. 共同研究機関（及び業務委託先）への試料・情報の提供について | <input type="checkbox"/> 14. 費用負担に関する事項について |
| <input type="checkbox"/> 7. 研究計画書等の開示について | <input type="checkbox"/> 15. 遺伝カウンセリングの体制について |
| <input type="checkbox"/> 8. 予測される利益および不利益について | <input type="checkbox"/> 16. 本研究以外での試料・情報の利用について |

上記の研究について私が説明をしました。

同意取得医師 職名・氏名 _____

1. 上記に関する説明を十分理解した上で、研究に参加することに同意します (はい・いいえ)

1で同意された方へ

2. 「16. 本研究以外での試料・情報の利用について」に関する説明を十分に理解した上で、提供する試料・情報が本研究終了後も保存され、将来新たに計画・実施されるゲノム・遺伝子解析研究（他の医学系研究を含む）に、倫理審査委員会の新たな承認の後、使用されることに同意します。 (はい・いいえ)

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 試料提供者ご署名： _____ (年齢 _____ 才)

住所：〒 _____

代諾者ご署名： _____ (続柄： _____)

住所：〒 _____

※同意書の記入は、鉛筆書きではなく、ボールペン、万年筆等で記入してください。

※修正する場合は、二重線で消し、試料提供者本人又は代諾者の署名をお願いします。

どう い てっ かい しょ
同意撤回書

とうきょうじよし い かいがく ゆけつ さいぼうぶるせしんぐぶ とくにんきょうじゆ かの ひとし どの
東京女子医科大学 輸血・細胞プロセシング部 特任教授 菅野 仁 殿

けんきゅうかだいめい
研究課題名：

せんてんせいようけつせいひんけつかんれい い でん し かいせきけんきゅう
「先天性溶血性貧血関連遺伝子の Target Capture Sequencing による解析研究」

かんじゃ しょめいらん
【患者さんの署名欄】

わたし じょうき い でん し かいせきけんきゅう たんとう い し せつめい う けんきゅう さんか どうい
私は、上記の遺伝子解析研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしま
したが、これを撤回します。

どういてっかいび
同意撤回日： 年 月 日

し めい
氏名： _____ (自署)

じゅう しょ
住所： _____

だいだくしゃ しょめいらん
【代諾者の署名欄】

わたし じょうき い でん し かいせきけんきゅう たんとう い し せつめい う けんきゅう さんか
私は _____ が、上記遺伝子解析研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて
どうい てっかい
同意をいたしましたが、これを撤回します。

どういてっかいび
同意撤回日： 年 月 日

し めい
氏名： _____ (自署) 続柄： _____

じゅう しょ
住所： _____

たんとう い し しょめいらん
【担当医師の署名欄】

わたし じょうき かんじゃ どうい てっかい かくにん
私は、上記の患者さんが、同意を撤回されたことを確認しました。

かくにんび
確認日： 年 月 日 氏名： _____ (自署)