

同意取り消し文書（診療録保管用）

課題名：「ヒト試料の収集と臨床情報を利用した研究」

研究責任者 西山 正彦殿

私は、この研究に関する説明を担当医師 \_\_\_\_\_ から、別紙（説明文書 「ヒト試料の収集と臨床情報を利用した研究」へのご協力のお願ひ）によって受け、上記研究への参加に同意しました。さらに、

提供した検体、臨床情報は、ゲノム・遺伝子解析研究を含む将来の新たな医学研究のために本研究終了後も保管され使用されることについて同意し、

また、万一健康や病気に関連する重大な情報が明らかになったときにはその遺伝子情報の開示を

希望する  希望しない

遺伝子情報の開示を希望しますと印をつけた場合、不安や悩みの相談をするためのカウンセリングシステムの利用を、

希望する  希望しない

として、

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に同意文書に署名いたしましたが、

提供する検体、臨床情報が、研究に利用されることの同意を撤回します。  
 ゲノム・遺伝子解析研究への参加同意を撤回します。  
 提供した検体、臨床情報が、将来の新たな医学研究のために保管され使用されることの同意を撤回します。

万一健康や病気に関連する重大な情報が明らかになったときには、その遺伝子情報の開示を

希望します  希望しません

遺伝子情報の開示を希望しますと印をつけた場合、不安や悩みの相談をするためのカウンセリングシステムの利用を、

希望します  希望しません

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

患者さんが署名出来ない場合

代諾者氏名（代諾者自署） \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_

## 同意取り消し文書（患者用）

課題名：「ヒト試料の収集と臨床情報を利用した研究」

研究責任者 西山 正彦殿

私は、この研究に関する説明を担当医師 \_\_\_\_\_ から、別紙（説明文書 「ヒト試料の収集と臨床情報を利用した研究」へのご協力のお願ひ）によって受け、上記研究への参加に同意しました。さらに、

提供した検体、臨床情報は、ゲノム・遺伝子解析研究を含む将来の新たな医学研究のために本研究終了後も保管され使用されることについて同意し、

また、万一健康や病気に関連する重大な情報が明らかになったときにはその遺伝子情報の開示を

希望する  希望しない

遺伝子情報の開示を希望しますと印をつけた場合、不安や悩みの相談をするためのカウンセリングシステムの利用を、

希望する  希望しない

として、

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に同意文書に署名いたしましたが、

提供する検体、臨床情報が、研究に利用されることの同意を撤回します。  
 ゲノム・遺伝子解析研究への参加同意を撤回します。  
 提供した検体、臨床情報が、将来の新たな医学研究のために保管され使用されることの同意を撤回します。

万一健康や病気に関連する重大な情報が明らかになったときには、その遺伝子情報の開示を

希望します  希望しません

遺伝子情報の開示を希望しますと印をつけた場合、不安や悩みの相談をするためのカウンセリングシステムの利用を、

希望します  希望しません

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

患者さんが署名出来ない場合

代諾者氏名（代諾者自署） \_\_\_\_\_ 印 続柄 \_\_\_\_\_