

同意書

東札幌病院 病院長 殿

私は「転移性脳腫瘍の全脳照射による頭髪脱毛：多施設共同前向き観察研究」の自主臨床研究について、以下の説明を受けました。

(説明を受けた項目についてチェック☑をしてください)

- 人を対象とする医学系研究について
- この研究の意義、目的および方法
- この研究の予想される利益と起こるかもしれない副作用及び不利益について
- この研究に参加しなかった場合の他の治療・診断法について
- 研究への参加とその撤回について
- 研究を中止する場合について
- あなたに守っていただきたいこと
- この研究に関する情報提供について
- 健康被害が発生した場合の治療と補償について
- 個人情報の保護について
- 研究成果の帰属について
- 研究組織と研究資金について
- 利益相反について
- 研究参加中の費用について
- 研究終了後の対応について
- 研究に関する情報公開について
- 人を対象とする医学系研究倫理審査委員会について
- この研究を担当する医師または研究者及び連絡先

上記の研究について私が説明をしました。

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究者所属・職名 _____

研究者氏名 _____

(同意取得者)

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。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様ご署名 _____

代諾者ご署名 _____

患者との続柄 _____