

# 「筋炎の統合的診断研究」と「保存/研究使用」に関する

## 同意書の変更願

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 西野 一三 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者住所 〒 \_\_\_\_\_

患者本人が判断ができず、代諾者が承諾する場合は、次の欄も記入してください。

代諾者氏名 \_\_\_\_\_ (患者との関係 \_\_\_\_\_)

代諾者住所 〒 \_\_\_\_\_

### 変更の内容

検体の取り扱いに関し、以下の変更を行ってください。(該当する番号を○で囲む)

1. 「自己抗体測定」を中止  
(お申し出頂いてから以降の新たな測定および報告書の送付を中止致します。既に報告書を発送してしまっているなどの場合には、対応出来ないこともあります。)
2. 「筋炎感受性遺伝子解析」を中止
3. 診断目的の検体保存を中止
4. 診断目的の検体保存は認めるが、研究目的の検体保存は中止
5. 検体保存を中止 (診断使用も、研究使用も中止)
6. その他: \_\_\_\_\_

情報の取り扱いに関し、以下の変更を行ってください。(該当する番号を○で囲む)

1. 一切の情報を破棄
2. その他: \_\_\_\_\_

署名 (患者または代諾者) \_\_\_\_\_ 印 (印鑑のないときは、自署のみでも可)

### お願い

診断に関する変更の場合は、診療を担当されています主治医の先生にも変更内容をお知らせいただけますようお願いいたします。

変更願の送付先

〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院  
DNA 診断・治療室

西野一三

2010年 7月 16日 倫理委員会承認

2011年 2月 18日 倫理委員会変更承認