

「診断」と「保存/研究使用」に関する同意書の変更願

国立精神・神経センター総長 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 〒 _____

患者記入欄

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. 一切の病理・生化学診断を中止
2. 一切の遺伝子診断を中止
3. 遺伝子診断を特定の疾患のみの承諾に変更
疾患名： _____
4. 診断目的の検体保存を中止
5. 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
6. 検体保存を中止 (診断使用も、研究使用も中止)
7. 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. 将来の新たな診断情報を (知りたい、知りたくない) に変更
3. 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

国立精神・神経センター病院 DNA 診断・治療室

後藤雄一・西野一三・南 成祐

2009年 5月 15日 倫理委員会承認