

「診断」と「保存/研究使用」に関する同意書

国立精神・神経センター総長 殿

患者氏名 _____ 年齢 _____ 記入日 _____年 ____月 ____日

患者住所 〒 _____

患者本人が判断できず、代理人が承諾する場合は、次の欄も記入してください。

代理人氏名 _____ (患者との関係 _____)

代理人住所 〒 _____

検体の種類 (○で囲む) : 骨格筋、末梢神経、皮膚、血液、その他 _____

培養の有無 (○で囲む) : あり、なし

病理・生化学診断に関すること

私は、担当医師が上記検体を用いた病理・生化学診断を、下記の検査実施者に依頼することを承諾いたします。

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)

遺伝子診断に関すること

私は、担当医師から説明を受け、その趣旨を十分理解しましたので、上記検体を用いて、次の遺伝子診断を下記の検査実施者に依頼することを承諾いたします。(いずれかの番号を○で囲む)

1. 可能性のある全ての疾患に対する遺伝子診断
2. 疾患名 : _____ の遺伝子診断

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)

保存/研究使用に関すること

私は、神経・筋疾患の病因・病態解明と治療法開発のために、上記検体の一部が保存され、下記検査実施者の所属施設または共同研究者の施設において、遺伝子解析を含む研究に使用されることについて、担当医師から必要かつ適切な説明を受け、その趣旨を十分理解しましたので、承諾いたします。

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)

公共バンクへの検体の供与 : 1. 認める 2. 認めない
将来の研究で新たな診断に関する情報が判明した場合に、その結果を : 1. 知りたい、2. 知りたくない

説明を行った医師の署名

私は、上記患者 (または代諾者) に、説明文書の内容も含めて、十分な説明を行い、承諾を得ましたので、上記検査と保存/研究使用、あるいはその両者を依頼します。遺伝子診断を依頼する場合は、遺伝カウンセリングの必要性を含めて説明しました。検査実施者より診断結果の通知を受けた際には、責任を持って上記患者 (または代諾者) にその内容を説明します。

医師署名 _____ 印 (印鑑のないときは、自署のみでも可)

病 院 名 _____ 科 名 _____

住 所 〒 _____

検査実施者および検体・試料管理担当者

氏 名 後藤雄一・西野一三・南 成祐
住 所 〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
所属機関 国立精神・神経センター病院 DNA 診断・治療室
電 話 042-341-2711 (代表)、042-346-1770 (直通)

2009年 5月 15日 倫理委員会承認