



National Center Biobank Network

バイオバンク研究同意文書



(Ver. 2017.05)

国立精神・神経医療研究センター 後藤雄一殿

私は、国立精神・神経医療研究センターにおいて、診断・治療、あるいは研究のために採取された検体(血液や髄液など)、それらから取り出された物質(遺伝子、タンパク質など)と、診療情報(電子カルテなど)を、匿名化(名前などを番号に置き換える)したうえで保管し、私が今かかっている病気の研究を含む広い範囲の医学研究に活用する「ナショナルセンター・バイオバンク構想」について、説明を受け、以下の項目についてその内容を理解いたしました。そのうえで、このプロジェクトにボランティアとして参加します。

下記の項目について、よくお読みになって選択し、ご協力いただける場合は、ご署名ください。

診療目的または他の研究目的で採取された検体や診療情報を研究のためにバイオバンクに保管し、医学研究に利用して良いですか？

- はい
- いいえ

(上記に該当しない場合): 研究のために採血し、上記と同様の医学研究に用いて良いですか？

研究の過程で、私や私の家族の健康を守る上で重要と考えられることがわかった場合は、その内容を知らせてほしいですか？

- はい
- いいえ

最新の研究成果や新しい研究のご案内を希望しますか？(メールや郵送またはお電話でご案内します。途中で停止することも可能です。)

- はい
- いいえ

私、(氏名) _____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(住所) _____

は以上の説明を受け、同意をします。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名【本人】 _____ 【代諾者】 _____

(案内希望の方) 配信方法: メール ・ 郵送 ・ 電話

(メールまたは電話番号) _____

スタッフ記入欄

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者 _____ 所属 国立精神・神経医療研究センター