

「診断」と「保存/研究使用」に関する同意書の変更願

国立精神・神経医療研究センター理事長 殿

被検者氏名 _____

記入日 _____年 ____月 ____日

被検者住所 〒 _____

署名（被験者または代諾者）

印 (印鑑のないときは、自署のみでも可)

被験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 _____ (被験者との関係 _____)

代理人住所 〒 _____

被験者記入欄

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. 一切の遺伝学的検査を中止
3. 遺伝学的検査を特定の疾患のみの同意に変更
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： _____

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MGC 検体受付窓口

電話 042-341-2711（代表）、042-346-1770（直通）

2017年2月24日 倫理委員会承認

2017年5月30日 倫理指針一部改正対応