

防衛医科大学学校病院

組織・体液等の教育・研究への使用に関する同意書 (様式1)

防衛医科大学学校院長 殿

私は、私の病気に対する診療行為の中で採取された組織や体液等の検体 (以下検体と略します) の一部を医学の教育と研究のために用いることに関し、“組織・体液等の教育・研究への使用に関する説明書 (別紙様式1)” に基づいて担当医師から十分に説明を受け、以下の項目について内容を十分に理解し、納得しました。

- 1. この同意書で表明した判断は、私の自由意志に基づくものであること
- 2. 上記の判断の如何にかかわらず、それによって私は診療上の不利益は一切受けないこと
- 3. 私が検体を教育・研究のために使用することに同意した後も、いつでも同意を撤回することができること
- 4. 検体の利用に際しては、私の名前など、私個人を特定できる情報が一切明らかにならない形で行われ、個人情報保護されること
- 5. 私が使用を同意した検体は、上部消化管外科 部長が責任をもって管理・保管すること
- 6. 検体を使用される医学の研究には、①ヒトを対象とする医学研究など、厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針」に該当するもの、②遺伝子解析や胎児幹細胞を用いた研究、クローン技術に関する研究、遺伝子治療に関する研究など、文部科学省、厚生労働省、経済産業省「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」に該当するもの、更には、③ヒトの疾病の成因および病態の解明、並びに予防および治療法の確立を目的とする医学研究といった、文部科学省・厚生労働省「医学研究に関する倫理指針」に該当する研究が含まれること
- 7. 上記6.の①～③の研究は、いずれも防衛医科大学学校倫理委員会で慎重に審査され、承認の後に行われること
- 8. 私が同意した検体を使用して行う研究の概要は、防衛医科大学学校のホームページに定期的に掲載され、その内容を知ることができること
- 9. 防衛医科大学学校のホームページを介して検体使用に関する同意の撤回を申し出ることができること
- 10. その他

その上で、私の検体の一部を医学の教育や研究に使用されることに

同意します

同意しません

平成 27 年 8 月 6 日

患者氏名 (署名) 西本 友朗



(代読者) _____ (印) 捺押: _____

説明した医師の氏名及び説明日

平成 27 年 8 月 6 日

防衛医科大学学校病院 上部消化管外科

医師名 辻市 友之

