

N I P T - 検 査 同 意 書 -

兵庫医科大学長 殿

私は、「(研究課題名)母体血中 cell-free DNA を用いた非侵襲的出生前遺伝学的検査の臨床研究」について、担当医師から説明文書を用いて下記の項目についての十分な説明をうけ、これを理解しました。

この研究への参加は、自らの自由意思に基づくものであり、本同意書に署名します。

※下記の項目の中で理解できたものに☑チェックして下さい。(ご理解されていない項目は再度ご説明をさせていただきます。すべての項目に☑が入っている必要があります。)

<input type="checkbox"/> 1.研究の目的・意義	<input type="checkbox"/> 10.研究への参加が中止となる場合について
<input type="checkbox"/> 2.この研究の背景について	<input type="checkbox"/> 11.この研究に関して新しい情報が得られた場合の対応について
<input type="checkbox"/> 3.研究の内容・期間について	<input type="checkbox"/> 12.将来の研究のために用いる可能性／他の研究機関に提供する可能性
<input type="checkbox"/> 4.研究参加により予想される利益と不利益・負担	<input type="checkbox"/> 13.研究に関する費用について
<input type="checkbox"/> 5.この研究に参加しない場合の他の治療方法について	<input type="checkbox"/> 14.あなたに守っていただきたい事項について
<input type="checkbox"/> 6.研究への参加の自由と同意撤回の自由について	<input type="checkbox"/> 15.研究に関する情報公開の方法
<input type="checkbox"/> 7.個人情報の保護・研究結果の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 16.相談窓口
<input type="checkbox"/> 8.利益相反(企業等との利害関係)について	
<input type="checkbox"/> 9.この研究により健康被害が発生した場合の対応について	

上記のすべての事項について担当医師から説明を受けよく理解しましたので、この検査を受諾することにいたします。

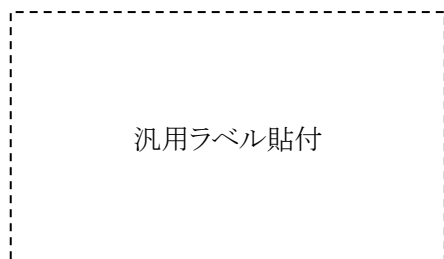
20 年 月 日

妊婦本人署名: _____

配偶者(事実婚を含む)署名: _____

説明担当医署名: _____

配偶者(事実婚を含む)の署名が得られない場合は、上の配偶者欄は空白とし、この検査を受けることが妊婦さん本人の自発的な希望によるものであり、そのことに配偶者に代わって同意される方(代諾者)の署名と妊婦さん本人との関係を以下に記載してください。



汎用ラベル貼付

代諾者署名: _____

本人との関係: _____

N I P T - 検 査 同 意 書 -

兵庫医科大学長 殿

私は、「(研究課題名)母体血中 cell-free DNA を用いた非侵襲的出生前遺伝学的検査の臨床研究」について、担当医師から説明文書を用いて下記の項目についての十分な説明をうけ、これを理解しました。

この研究への参加は、自らの自由意思に基づくものであり、本同意書に署名します。

※下記の項目の中で理解できたものに☑チェックして下さい。(ご理解されていない項目は再度ご説明をさせていただきます。すべての項目に☑が入っている必要があります。)

<input type="checkbox"/> 1.研究の目的・意義	<input type="checkbox"/> 10.研究への参加が中止となる場合について
<input type="checkbox"/> 2.この研究の背景について	<input type="checkbox"/> 11.この研究に関して新しい情報が得られた場合の対応について
<input type="checkbox"/> 3.研究の内容・期間について	<input type="checkbox"/> 12.将来の研究のために用いる可能性／他の研究機関に提供する可能性
<input type="checkbox"/> 4.研究参加により予想される利益と不利益・負担	<input type="checkbox"/> 13.研究に関する費用について
<input type="checkbox"/> 5.この研究に参加しない場合の他の治療方法について	<input type="checkbox"/> 14.あなたに守っていただきたい事項について
<input type="checkbox"/> 6.研究への参加の自由と同意撤回の自由について	<input type="checkbox"/> 15.研究に関する情報公開の方法
<input type="checkbox"/> 7.個人情報の保護・研究結果の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 16.相談窓口
<input type="checkbox"/> 8.利益相反(企業等との利害関係)について	
<input type="checkbox"/> 9.この研究により健康被害が発生した場合の対応について	

上記のすべての事項について担当医師から説明を受けよく理解しましたので、この検査を受諾することにいたします。

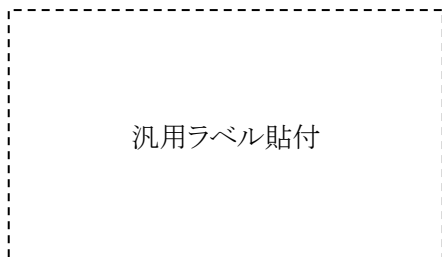
20 年 月 日

妊婦本人署名: _____

配偶者(事実婚を含む)署名: _____

説明担当医署名: _____

配偶者(事実婚を含む)の署名が得られない場合は、上の配偶者欄は空白とし、この検査を受けることが妊婦さん本人の自発的な希望によるものであり、そのことに配偶者に代わって同意される方(代諾者)の署名と妊婦さん本人との関係を以下に記載してください。



汎用ラベル貼付

代諾者署名: _____

本人との関係: _____

N I P T - 検 査 同 意 書 -

兵庫医科大学長 殿

私は、「(研究課題名)母体血中 cell-free DNA を用いた非侵襲的出生前遺伝学的検査の臨床研究」について、担当医師から説明文書を用いて下記の項目についての十分な説明をうけ、これを理解しました。

この研究への参加は、自らの自由意思に基づくものであり、本同意書に署名します。

※下記の項目の中で理解できたものに☑チェックして下さい。(ご理解されていない項目は再度ご説明をさせていただきます。すべての項目に☑が入っている必要があります。)

<input type="checkbox"/> 1.研究の目的・意義 <input type="checkbox"/> 2.この研究の背景について <input type="checkbox"/> 3.研究の内容・期間について <input type="checkbox"/> 4.研究参加により予想される利益と不利益・負担 <input type="checkbox"/> 5.この研究に参加しない場合の他の治療方法について <input type="checkbox"/> 6.研究への参加の自由と同意撤回の自由について <input type="checkbox"/> 7.個人情報の保護・研究結果の取扱いについて <input type="checkbox"/> 8.利益相反(企業等との利害関係)について <input type="checkbox"/> 9.この研究により健康被害が発生した場合の対応について	<input type="checkbox"/> 10.研究への参加が中止となる場合について <input type="checkbox"/> 11.この研究に関して新しい情報が得られた場合の対応について <input type="checkbox"/> 12.将来の研究のために用いる可能性／他の研究機関に提供する可能性 <input type="checkbox"/> 13.研究に関する費用について <input type="checkbox"/> 14.あなたに守っていただきたい事項について <input type="checkbox"/> 15.研究に関する情報公開の方法 <input type="checkbox"/> 16.相談窓口
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のすべての事項について担当医師から説明を受けよく理解しましたので、この検査を受諾することにいたします。

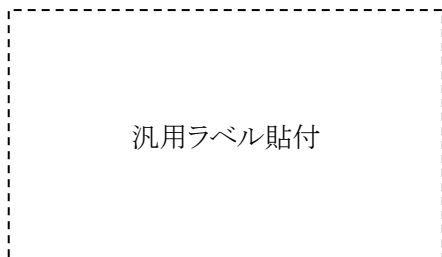
20 年 月 日

妊婦本人署名: _____

配偶者(事実婚を含む)署名: _____

説明担当医署名: _____

配偶者(事実婚を含む)の署名が得られない場合は、上の配偶者欄は空白とし、この検査を受けることが妊婦さん本人の自発的な希望によるものであり、そのことに配偶者に代わって同意される方(代諾者)の署名と妊婦さん本人との関係を以下に記載してください。



汎用ラベル貼付

代諾者署名: _____

本人との関係: _____

N I P T - 検 査 同 意 撤 回 書 -

兵庫医科大学長 殿

私は、「母体血中 cell-free DNAを用いた無侵襲的出生前遺伝学的検査の臨床研究」に関して、その同意を撤回いたします。

同意を撤回される方

同意撤回日： 20 年 月 日

妊婦本人署名： _____

代諾者署名： _____

代諾者のみが同意撤回されても、妊婦さんご自身が検査受検を希望されている場合には、検査受検を取り消すことはできません。検査受検を取り消すためには妊婦さん本人の同意撤回が必要です。

採血前

採血後（検査会社に送付前 検査会社に送付済み） 検体の破棄を確認

検査料は未徴収 検査料は徴収済で、返金せず 検査料は徴収済で、返金した

その他 _____

確認者

確認日： 20 年 月 日

確認者： _____

汎用ラベル貼付