

研究協力の同意書

東邦大学医療センター大橋病院

院長 甲田英一 殿

私は、「大腸ステント多施設共同前向き安全性観察研究」について、\_\_\_\_\_より説明文書を用いて説明を受け、その方法、利益、不利益等について十分理解いたしました。ついでに、次の条件で研究協力の同意いたします。

説明を受け理解した項目(□の中にご自分でレと付けてください。)

- 1 はじめに
- 2 観察研究について
- 3 観察研究のための調査への参加について
- 4 あなたの病状について
- 5 この研究の目的
- 6 調査項目(方法)
- 7 この調査に同意する事で期待される利益と予想される不利益
- 8 同意しない場合でも不利益は受けません
- 9 同意した後でもいつでも途中で止めることができます
- 10 人権およびプライバシーが守られること、およびデータの二次利用
- 11 この観察研究の倫理審査について
- 12 補償について
- 13 利益相反(りえきそうはん)について
- 14 この研究の研究組織について
- 15 本研究の相談・連絡窓口、責任者について
- 16 担当医師、研究代表者、事務局

研究協力への同意(説明を受け理解した項目のすべての□にレを記入された方は、「はい」または「いいえ」に○をつけて下さい)

私の「大腸ステント施行前後の臨床症状・人工肛門造設の有無・合併症の有無をふくむ各種データ」が、本研究に使用されることに同意します。

はい

いいえ

平成 年 月 日

署名・捺印(本人または代諾者) \_\_\_\_\_ 印

(近親者) \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

実施者 \_\_\_\_\_ 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印