

同意書（登録センター送付用）

実施責任者

聖マリアンナ医科大学 山野 嘉久 殿

<説明事項>

1. はじめに
2. この研究の目的
3. この研究の方法
4. この研究の予定参加期間
5. この研究への予定参加人数について
6. 危険性及び副作用等
7. この研究への参加は自由意思によるものです
8. この研究結果が公表される場合でも、患者さんの身元が明らかになることはありません
9. この研究への参加に同意された場合は、次の点を守ってください
10. 患者さんの費用負担について
11. この研究に関する問い合わせ、相談窓口の連絡先

私（氏名） \_\_\_\_\_（自署もしくは記名・押印）は

「HAM患者を対象とした診断・治療の実態及びその経過に関する観察研究」の同意説明文書を理解し、参加・情報の登録に同意します。

登録年月日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

<<代諾者の場合>>

本人の該当する口に✓して下さい。（原則として以下に該当する方のみが代諾者の同意で参加が可能です。）

知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合

15歳未満の場合

筆記が困難な場合

（保護者もしくは代筆者氏名）

\_\_\_\_\_（自署もしくは記名・押印）

（続柄） \_\_\_\_\_

同意書（患者さん控）

実施責任者

聖マリアンナ医科大学 山野 嘉久 殿

<説明事項>

1. はじめに
2. この研究の目的
3. この研究の方法
4. この研究の予定参加期間
5. この研究への予定参加人数について
6. 危険性及び副作用等
7. この研究への参加は自由意思によるものです
8. この研究結果が公表される場合でも、患者さんの身元が明らかになることはありません
9. この研究への参加に同意された場合は、次の点を守ってください
10. 患者さんの費用負担について
11. この研究に関する問い合わせ、相談窓口の連絡先

私（氏名） \_\_\_\_\_（自署もしくは記名・押印）は

「HAM 患者を対象とした診断・治療の実態及びその経過に関する観察研究」の同意説明文書を理解し、参加・情報の登録に同意します。

登録年月日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

<<代諾者の場合>>

本人の該当する口に✓して下さい。（原則として以下に該当する方のみが代諾者の同意で参加が可能です。）

知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合

15 歳未満の場合

筆記が困難な場合

（保護者もしくは代筆者氏名）

\_\_\_\_\_（自署もしくは記名・押印）

（続柄） \_\_\_\_\_