

臨床研究への協力の同意書

新潟医療センター 病院長 吉澤弘久 殿

研究課題名：消化器・腹部・乳腺内分泌疾患における既存臨床情報や生体試料を用いた
観察研究と公的データベース登録事業

私は、担当の医師から上記の臨床研究について、説明文書に基づき説明を受け、十分理解しました。個人情報保護法を遵守し、個人が特定されないように匿名加工して、学術発表、生体資料の保管・利用、およびデータベースへの登録を行う旨を理解いたしました。その上で、下記の項目に関して同意の有無を表明いたします。

<臨床研究についての同意内容>（同意する方の□に✓を付けて下さい。）

- ① 診療過程で発生した臨床情報を観察研究や症例報告に用いることに同意いたします。
□ はい □ いいえ
- ② 診療過程で発生した生体試料を保管し、それを研究に用いることに同意いたします。
□ はい □ いいえ
- ③ 研究成果について国際学会、全国学会、学術的研究会等で発表（口演発表、論文発表）されることに同意いたします。
□ はい □ いいえ
- ④ 診療過程で発生した臨床情報が、National Clinical Database、学会・研究会や公的機関が主導するデータベース事業等へ登録されることに同意いたします。
□ はい □ いいえ

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 提供者氏名： _____

代諾者氏名： _____

（提供者との関係： _____）

上記の方に、臨床研究について私が説明し同意されたことを確認いたします。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明者氏名： _____

所属： _____