

同意文書

西脇市立西脇病院 病院長 殿

医療課題名 アン드로ゲン受容体陽性乳癌術後の抗アン드로ゲン療法

下記の各項目について担当医師から説明文書より説明を受けて納得しましたので、研究に参加することを同意いたします。

(説明を受け納得した項目の□をチェックしてください)

- (1) 当該医療を受けるかどうかは患者の自由意思であること
- (2) 不同意に対し不利益を受けないこと
- (3) 不利益を受けることなく撤回できること
- (4) 当該医療の必要性、目的、方法および期間
- (5) 担当医師等の氏名および職名
- (6) 予測される臨床上的効果
- (7) 起こりうる危険性並びに当該医療に伴う不利益
- (8) 当該医療についての資料を入手又は閲覧できること
- (9) 個人情報の取り扱い
- (10) 当該医療の成果が公表される可能性があること
- (11) 当該医療に係わる資金源、起こりうる利害の衝突(利益相反)および研究者等の関連組織との関わり
- (12) 当該医療を審査・承認した臨床試験審査委員会について
- (13) 問い合わせ、苦情等の窓口の連絡先等に関する情報

説明日

平成 年 月 日

説明者署名 _____

所属医療機関名 _____

同意日

平成 年 月 日

同意者署名 _____

代諾者署名 _____

同意者との関係 _____