

国立国際医療研究センター 総長 殿

私は、国立国際医療研究センターにおける診療を受ける上で必要とされた診療情報、診療後の経過情報（予後情報）、及び研究用採血試料を保管し、私の病気の研究を含む広い範囲の医学研究に活用することについて、文書による説明を受け、以下の項目についてその内容を理解いたしました。その上で、以下のように判断いたします。

- 1) 診療目的の診療・予後情報と研究用採血試料を研究のために保管（バイオバンク保管）し、医学研究（遺伝子解析や、民間企業による研究開発を含む。但し個人を特定する情報が国立国際医療研究センター外に提供されることはない）に利用されることに

同意します。 同意しません。

- 2) 国立国際医療研究センターでの診療後の経過情報（診療・介護・転出入・死亡等に関する情報）について、国立国際医療研究センターから他の医療機関や公的機関（保健所、都道府県・市町村等）に問い合わせが行われ、一定の請求手続き（閲覧、転記、写しの交付等：例、住民票請求、死亡小票請求）を経たうえで、バイオバンクに保管し、研究に利用することに

同意します。 同意しません。

- 3) 研究の過程で、私や私の家族の健康を守る上で重要と考えられることがわかった場合は、その内容の返却の意義について倫理審査委員会で審査したうえで、

知らせてください。 知らせないでください。

（*有効な対処方法がある場合は、その時にもう一度、知りたいか否かの御希望を確認させていただきます。）

説明者： 氏名 _____

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

血液などの提供者本人自署： 氏名 _____（・代諾・代筆）

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者あるいは代筆者（必要時記載）： 氏名 _____

提供者本人との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____

国立国際医療研究センター 総長 殿

私は、国立国際医療研究センターにおける診療を受ける上で必要とされた診療情報、診療後の経過情報（予後情報）、及び研究用採血試料を保管し、私の病気の研究を含む広い範囲の医学研究に活用することについて、文書による説明を受け、以下の項目についてその内容を理解いたしました。その上で、以下のように判断いたします。

- 1) 診療目的の診療・予後情報と研究用採血試料を研究のために保管（バイオバンク保管）し、医学研究（遺伝子解析や、民間企業による研究開発を含む。但し個人を特定する情報が国立国際医療研究センター外に提供されることはない）に利用されることに

同意します。 同意しません。

- 2) 国立国際医療研究センターでの診療後の経過情報（診療・介護・転出入・死亡等に関する情報）について、国立国際医療研究センターから他の医療機関や公的機関（保健所、都道府県・市町村等）に問い合わせが行われ、一定の請求手続き（閲覧、転記、写しの交付等：例. 住民票請求、死亡小票請求）を経たうえで、バイオバンクに保管し、研究に利用することに

同意します。 同意しません。

- 3) 研究の過程で、私や私の家族の健康を守る上で重要と考えられることがわかった場合は、その内容の返却の意義について倫理審査委員会で審査したうえで、

知らせてください。 知らせないでください。

（*有効な対処方法がある場合は、その時にもう一度、知りたいか否かの御希望を確認させていただきます。）

説明者： 氏名 _____

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

血液などの提供者本人自署： 氏名 _____（・代諾・代筆）

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者あるいは代筆者（必要時記載）： 氏名 _____

提供者本人との関係 _____

住所 _____

電話番号 _____