

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バイオバンク事業に関して、担当者より口頭および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) 診療目的の診療情報・予後情報と研究用採血試料及び問診情報を研究のために保管（バイオバンクに保管）し、\*医学研究に利用されることに

同意します。  同意しません。

(\*医学研究とは、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)

- 2) 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、正規の手続きにしたがい他の医療機関や公的機関(保健所、都道府県・市町村等)に問い合わせ閲覧、転記、写しの交付等:例. 住民票請求、死亡小票請求により必要な情報を入手し、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、知りたいか否かのご希望を確認させていただきます。)

【ご署名欄】

記入日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 診察券番号: \_\_\_\_\_

血液などの提供者本人自署: 氏名 \_\_\_\_\_ (代諾・代筆)

代諾者あるいは代筆者(必要時記載): 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【説明担当者署名欄】

説明日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 説明担当者: 氏名 \_\_\_\_\_

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バイオバンク事業に関して、担当者より口頭および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) 診療目的の診療情報・予後情報と研究用採血試料及び問診情報を研究のために保管(バイオバンクに保管)し、\*医学研究に利用されることに

同意します。  同意しません。

(\*医学研究とは、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)

- 2) 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、正規の手続きにしたがい他の医療機関や公的機関(保健所、都道府県・市町村等)に問い合わせ閲覧、転記、写しの交付等:例. 住民票請求、死亡小票請求により必要な情報を入手し、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、知りたいか否かのご希望を確認させていただきます。)

【ご署名欄】

記入日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 診察券番号: \_\_\_\_\_

血液などの提供者本人自署: 氏名 \_\_\_\_\_ (代諾・代筆)

代諾者あるいは代筆者(必要時記載): 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【説明担当者署名欄】

説明日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 説明担当者: 氏名 \_\_\_\_\_