



National Center Biobank Network

# バイオバンク研究同意文書



## 国立精神・神経医療研究センター 服部功太郎殿

私は、国立精神・神経医療研究センターにおいて、診断・治療、あるいは研究のために採取された検体（血液や髄液など）、それらから取り出された物質（遺伝子、タンパク質など）と、診療情報（電子カルテなど）を、仮名化（名前などを記号に置き換える）したうえで保管し、私が今かかっている病気の研究を含む広い範囲の医学研究に活用する「ナショナルセンター・バイオバンク構想」について、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。そのうえで、このプロジェクトにボランティアとして参加します。

下記の項目について、よくお読みになって選択し、ご協力いただける場合は、ご署名ください。

診療目的または他の研究目的で採取された検体や診療情報を研究のためにバイオバンクに保管し、医学研究に利用して良いですか？ ----- （上記に該当しない場合）： 研究のために採血し、上記と同様の医学研究に用いて良いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、その内容を知らせてほしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最新の研究成果や新しい研究のご案内を希望しますか？（メールや郵送またはお電話でご案内します。途中で停止することも可能です。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ふりがな		代諾者 署名	（代諾が必要な方のみ）
氏名 <small>（自著なら署名兼用）</small>			
住所	〒  ☎		
生年月日	西暦      年      月      日	同意日	西暦      年      月      日
連絡方法	<input type="checkbox"/> メール・ <input type="checkbox"/> 郵送・ <input type="checkbox"/> 電話	メール アドレス	（メール連絡をご希望の方）

スタッフ記入欄

説明年月日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日      説明者 \_\_\_\_\_      所属 国立精神・神経医療研究センター



National Center Biobank Network

# バイオバンク研究同意文書



## 国立精神・神経医療研究センター 服部功太郎殿

私は、国立精神・神経医療研究センターにおいて、診断・治療、あるいは研究のために採取された検体（血液や髄液など）、それらから取り出された物質（遺伝子、タンパク質など）と、診療情報（電子カルテなど）を、仮名化（名前などを記号に置き換える）したうえで保管し、私が今かかっている病気の研究を含む広い範囲の医学研究に活用する「ナショナルセンター・バイオバンク構想」について、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。そのうえで、このプロジェクトにボランティアとして参加します。

下記の項目について、よくお読みになって選択し、ご協力いただける場合は、ご署名ください。

診療目的または他の研究目的で採取された検体や診療情報を研究のためにバイオバンクに保管し、医学研究に利用して良いですか？ ----- （上記に該当しない場合）： 研究のために採血し、上記と同様の医学研究に用いて良いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、その内容を知らせてほしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最新の研究成果や新しい研究のご案内を希望しますか？（メールや郵送またはお電話でご案内します。途中で停止することも可能です。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ふりがな		代諾者 署名	（代諾が必要な方のみ）
氏名 <small>（自著なら署名兼用）</small>			
住所	〒  ☎		
生年月日	西暦 年 月 日	同意日	西暦 年 月 日
連絡方法	<input type="checkbox"/> メール・ <input type="checkbox"/> 郵送・ <input type="checkbox"/> 電話	メール アドレス	（メール連絡をご希望の方）

スタッフ記入欄

説明年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 説明者 \_\_\_\_\_ 所属 国立精神・神経医療研究センター



National Center Biobank Network

# バイオバンク研究同意文書



## 国立精神・神経医療研究センター 服部功太郎殿

私は、国立精神・神経医療研究センターにおいて、診断・治療、あるいは研究のために採取された検体（血液や髄液など）、それらから取り出された物質（遺伝子、タンパク質など）と、診療情報（電子カルテなど）を、仮名化（名前などを記号に置き換える）したうえで保管し、私が今かかっている病気の研究を含む広い範囲の医学研究に活用する「ナショナルセンター・バイオバンク構想」について、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。そのうえで、このプロジェクトにボランティアとして参加します。

下記の項目について、よくお読みになって選択し、ご協力いただける場合は、ご署名ください。

診療目的または他の研究目的で採取された検体や診療情報を研究のためにバイオバンクに保管し、医学研究に利用して良いですか？ ----- （上記に該当しない場合）： 研究のために採血し、上記と同様の医学研究に用いて良いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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、その内容を知らせてほしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最新の研究成果や新しい研究のご案内を希望しますか？（メールや郵送またはお電話でご案内します。途中で停止することも可能です。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ふりがな		代諾者 署名	（代諾が必要な方のみ）
氏名 <small>（自著なら署名兼用）</small>			
住所	〒		
	☎		
生年月日	西暦 年 月 日	同意日	西暦 年 月 日
連絡方法	<input type="checkbox"/> メール・ <input type="checkbox"/> 郵送・ <input type="checkbox"/> 電話	メール アドレス	（メール連絡をご希望の方）

スタッフ記入欄

説明年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 説明者 \_\_\_\_\_ 所属 国立精神・神経医療研究センター