

## 同意文書

伊那中央病院 病院長殿

臨床研究課題名：「脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の予後予想スコアの多施設共同研究」

- ・医学系研究について
- ・この研究の背景について
- ・検査について
- ・研究の内容・期間について
- ・研究への参加の自由と同意撤回の自由について
- ・個人情報の保護・研究結果の取扱いについて
- ・研究資金と利益相反（企業等との利害関係）について
- ・研究への参加が中止となる場合について
- ・将来の研究のために用いる可能性／他の研究機関に提供する可能性
- ・研究に関する情報公開および資料閲覧方法
- ・相談窓口

### 【研究参加者の署名欄】

私(又は代諾者)はこの研究に参加するにあたり、上記の内容について十分な説明を受けました。そして、研究の内容を理解し、この研究に参加することに同意します。また、説明文書と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日： 年 月 日

研究参加者氏名： (自著 代筆可)

代諾者氏名： (自署)

(本人との関係： )

### 【担当医師・研究協力者の署名欄】

私(たち)は、上記の患者さんに本研究について十分に説明しました。

説明日： 年 月 日

説明者氏名： (自署)

説明日： 年 月 日

説明者氏名： (自署)

電話にて 年 月 日 に上記確認した。