

同意書

順天堂大学医学部附属順天堂医院 院長 殿

研究課題名： 希少肺疾患登録制度の創設
－特にリンパ脈管筋腫症と α_1 -アンチトリプシン欠乏症－

<説明事項>

1. はじめに
2. 研究の目的及び意義
3. この研究の方法
4. この研究への参加により予想される利益と起こるかもしれない不利益
5. この研究への参加は、患者さんの自由意思によるものです
6. 個人情報等の保護について
7. あなたの費用負担について
8. 利益相反について
9. 登録データの二次利用について
10. この研究の実施体制について
11. いつでも相談窓口にご相談ください

【患者さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、同意説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本研究に参加することに同意します。

同意日：西暦 年 月 日 患者ID： _____

患者氏名： _____ (自署)

【医師の署名欄】

私は、上記患者さんに、この臨床研究について十分に説明いたしました。

説明日：西暦 年 月 日 所属： _____

氏名： _____ (自署)