

説明と同意の記録

「栃木県立がんセンター・栃木がん生体資源バンク」について、以下の内容を

別紙説明文書に沿って口頭で説明いたしました。

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. はじめに | <input type="checkbox"/> 7. 同意の自由、同意撤回の自由 |
| <input type="checkbox"/> 2. あなたの組織や血液をあなたの将来の検査に使用する場合(臨床用) | <input type="checkbox"/> 8. 研究結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 3. あなたの組織や血液を医学研究に使用する場合(研究用) | <input type="checkbox"/> 9. その他 |
| <input type="checkbox"/> 4. 各種審査委員会等の役割 | <input type="checkbox"/> 10. さらに情報を希望される方へ |
| <input type="checkbox"/> 5. 医学研究の内容 | |
| <input type="checkbox"/> 6. 個人情報が厳重に保護されることについて | |

以下、あなたの意思でバイオバンクにご協力頂ける範囲を選んでチェックを入れてください

バイオバンクにご協力頂ける範囲

臨床用・研究用 臨床用のみ 研究用のみ

研究用に同意頂いた方にバイオバンク追加採血の可否

可 否

同意日： 年 月 日 氏名

代諾者氏名

説明年月日 年 月 日, 同意確認年月日 年 月 日

医師名/医療コーディネーター名

説明と同意の記録

「栃木県立がんセンター・栃木がん生体資源バンク」について、以下の内容を
別紙説明文書に沿って口頭で説明いたしました。

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. はじめに | <input type="checkbox"/> 7. 同意の自由、同意撤回の自由 |
| <input type="checkbox"/> 2. あなたの組織や血液をあなたの将来の検査に 使用する場合(臨床用) | <input type="checkbox"/> 8. 研究結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 3. あなたの組織や血液を医学研究に使用する場 合(研究用) | <input type="checkbox"/> 9. その他 |
| <input type="checkbox"/> 4. 各種審査委員会等の役割 | <input type="checkbox"/> 10. さらに情報を希望される方へ |
| <input type="checkbox"/> 5. 医学研究の内容 | |
| <input type="checkbox"/> 6. 個人情報 が 厳重に 保護される ことについて | |

以下、あなたの意思でバイオバンクにご協力頂ける範囲を選んでチェックを入れてく
ださい

バイオバンクにご協力頂ける範囲

臨床用・研究用 臨床用のみ 研究用のみ

研究用に同意頂いた方にバイオバンク追加採血の可否

可 否

同意日： 年 月 日 氏名

代諾者氏名

説明年月日 年 月 日, 同意確認年月日 年 月 日

医師名/医療コーディネーター名