カルテ保管用

**同意書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター院長 殿

治験課題名：｢｣

私は治験担当医師から上記治験の内容について、同意説明文書に基づき十分な説明を受けました。つきましては、その説明および説明文書の内容をよく理解した上で、この治験に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.治験（ちけん）とは | 10.自由意思による治験参加について |
| 2.あなたの病気と治療について | 11.この治験を中止する場合について |
| 3.治験薬について | 12.プライバシーの保護について |
| 4.治験の目的 | 13.治験中の費用について |
| 5.治験の参加予定期間と参加人数 | 14.負担軽減費について |
| 6.治験の方法 | 15.治験期間中、あなたに守っていただきたいこと |
| 7.予測される利益および不利益について | 16.治験の実施および治験審査委員会について |
| 8.他の治療法について | 17.大規模災害時の対応について |
| 9.健康被害が発生した場合の治療と補償について |  |

負担軽減費を　□受け取る　・　□受け取らない（どちらかをお選び下さい）

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの治験に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）

治験管理室用

**同意書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター院長 殿

治験課題名：｢｣

私は治験担当医師から上記治験の内容について、同意説明文書に基づき十分な説明を受けました。つきましては、その説明および説明文書の内容をよく理解した上で、この治験に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.治験（ちけん）とは | 10.自由意思による治験参加について |
| 2.あなたの病気と治療について | 11.この治験を中止する場合について |
| 3.治験薬について | 12.プライバシーの保護について |
| 4.治験の目的 | 13.治験中の費用について |
| 5.治験の参加予定期間と参加人数 | 14.負担軽減費について |
| 6.治験の方法 | 15.治験期間中、あなたに守っていただきたいこと |
| 7.予測される利益および不利益について | 16.治験の実施および治験審査委員会について |
| 8.他の治療法について | 17.大規模災害時の対応について |
| 9.健康被害が発生した場合の治療と補償について |  |

負担軽減費を　□受け取る　・　□受け取らない（どちらかをお選び下さい）

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの治験に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）

治験事務局用

**同意書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター院長 殿

治験課題名：｢｣

私は治験担当医師から上記治験の内容について、同意説明文書に基づき十分な説明を受けました。つきましては、その説明および説明文書の内容をよく理解した上で、この治験に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.治験（ちけん）とは | 10.自由意思による治験参加について |
| 2.あなたの病気と治療について | 11.この治験を中止する場合について |
| 3.治験薬について | 12.プライバシーの保護について |
| 4.治験の目的 | 13.治験中の費用について |
| 5.治験の参加予定期間と参加人数 | 14.負担軽減費について |
| 6.治験の方法 | 15.治験期間中、あなたに守っていただきたいこと |
| 7.予測される利益および不利益について | 16.治験の実施および治験審査委員会について |
| 8.他の治療法について | 17.大規模災害時の対応について |
| 9.健康被害が発生した場合の治療と補償について |  |

負担軽減費を　□受け取る　・　□受け取らない（どちらかをお選び下さい）

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの治験に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 ・ 組合 | | | | | | 支店 | 店 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | | | | | | | |
| 記号（ゆうちょ銀行の場合） | |  |  |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （フリガナ：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　－ | | | | | | | | | | | | | | |

患者さん用

**同意書**

独立行政法人国立病院機構　水戸医療センター院長 殿

治験課題名：｢｣

私は治験担当医師から上記治験の内容について、同意説明文書に基づき十分な説明を受けました。つきましては、その説明および説明文書の内容をよく理解した上で、この治験に参加することを私の自由意思によって同意致します。その証として以下に署名し、本説明文書と同意書の写しを受け取ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 1.治験（ちけん）とは | 10.自由意思による治験参加について |
| 2.あなたの病気と治療について | 11.この治験を中止する場合について |
| 3.治験薬について | 12.プライバシーの保護について |
| 4.治験の目的 | 13.治験中の費用について |
| 5.治験の参加予定期間と参加人数 | 14.負担軽減費について |
| 6.治験の方法 | 15.治験期間中、あなたに守っていただきたいこと |
| 7.予測される利益および不利益について | 16.治験の実施および治験審査委員会について |
| 8.他の治療法について | 17.大規模災害時の対応について |
| 9.健康被害が発生した場合の治療と補償について |  |

負担軽減費を　□受け取る　・　□受け取らない（どちらかをお選び下さい）

同意日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　患者署名：

　　　　私は、本人がこの治験に参加することに代諾者として同意致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日　　代諾者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　患者さんからみた続柄：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　医師署名：

説明日：西暦　　　　　年　　　月　　　日　　協力者署名：

（補足説明を行った場合）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 ・ 組合 | | | | | | 支店 | 店 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | | | | | | | |
| 記号（ゆうちょ銀行の場合） | |  |  |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （フリガナ：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　－ | | | | | | | | | | | | | | |