

同意書

高知大学医学部附属病院長 殿

私は、「変形性股関節症に対するPRP関節内注射療法の疼痛改善効果に関する臨床研究」の実施に際し、文書により下記の項目について十分説明を受け理解しました。そこで自らの意思により本研究に参加することに同意します。

説明を受けた項目：

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> はじめに | <input type="checkbox"/> この研究への参加を中止させていただく場合について |
| <input type="checkbox"/> 臨床研究とは | <input type="checkbox"/> 個人情報の取り扱いについて（匿名化と閲覧について） |
| <input type="checkbox"/> 研究の目的・意義 | <input type="checkbox"/> 試料・情報の保管及び使用方法並びに保管期間と廃棄方法について |
| <input type="checkbox"/> 研究の対象と方法 | <input type="checkbox"/> 研究に関する情報の公開について |
| <input type="checkbox"/> この研究への参加により期待されるあなたへの利益について | <input type="checkbox"/> 研究のための費用について |
| <input type="checkbox"/> この研究への参加により起こるかもしれない不利益について | <input type="checkbox"/> 研究の資金や企業・団体との関わり（利益相反）について |
| <input type="checkbox"/> この研究期間中に、あなたに健康被害が生じた場合について | <input type="checkbox"/> 知的財産権について |
| <input type="checkbox"/> この研究に参加しない場合の他の治療について | <input type="checkbox"/> 研究の責任者について |
| <input type="checkbox"/> 研究への参加及び同意撤回の自由について | <input type="checkbox"/> この研究に関する相談窓口について |
| <input type="checkbox"/> この研究に関する新たな情報が得られた場合について | |

※私はMRI検査・CTX-Ⅱ検査について（どちらかにレ印を入れてください。）

- 同意します 同意しません

同意日 西暦 年 月 日 研究対象者氏名 _____
(本人の同意を必須としているため、代諾者は必要ありません。)

説明日 西暦 年 月 日 研究担当医師(説明医師) _____

【臨床研究コーディネーターが補足的な説明を行った場合】

説明日 西暦 年 月 日 臨床研究コーディネーター _____

同意確認日 西暦 年 月 日 研究担当医師 _____