

同意書

広島大学病院長 殿

研究題目 : 自己骨髄間葉系細胞の磁気ターゲティングによる関節軟骨欠損修復

私は、上記研究題目における研究で(研究対象者氏名) _____ が
関節鏡検査・生検を受けるにあたり、担当医から以下の項目について、説明文書および口頭にて説明を受け、関節鏡検査・生検に同意します。

私は、本研究の説明を受け理解した項目について、□の中にレを記入しました。

- 1. 関節鏡検査・生検の目的
- 2. 関節鏡検査・生検の方法
- 3. 同意の任意性について
- 4. 同意撤回の自由について
- 5. 代諾者からの同意取得の必要性について
- 6. 考えられる危険性・不都合
- 7. 個人情報の保護
- 8. 臨床研究結果の開示・公表
- 9. 関節鏡検査・生検の実施にあたっての費用について
- 10. 臨床研究の資金源について
- 11. 臨床研究から生じる知的財産権について
- 12. 健康被害が発生した場合の補償について
- 13. 担当医師への連絡

本人署名 : _____

署名年月日 : 西曆 年 月 日

代諾者署名(続柄) : _____ ()

_____ ()

私は担当医として、今回の研究について上記の項目を説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

担当医署名 : _____

署名年月日 : 西曆 年 月 日

同席者署名 : _____

(複数署名可) _____

