

医学研究及び教育に関する(包括的)同意書

横浜市立大学附属病院長

横浜市立大学先端医科学研究センター長

私は、横浜市立大学附属病院での診療において使用された私に関する組織試料（手術・生検で得た体の組織、細胞など）、検査試料（血液、体液など）、これら試料に基づき得られた解析結果や診断（X線写真や病変部写真といった画像や検査結果など）が、私個人が特定されず、不利益を受けない将来の医学・医療の発展のための研究及び教育に使用されることについて、口頭及び別冊「医学研究教育のための試料・診療情報の提供についての説明書」で説明を受け、以下の項目について内容をしました。

【同意について】

1. 同意されるかどうかは自由です。同意されないことで不利益となることは一切ありません。
2. 同意は、後から撤回できます。ただし、研究が進み、解析結果を廃棄できないことがあります。

【研究協力について】

3. 提供するために余分な組織が摘出されることはなく、手術などの医療行為に影響はありません。
4. 提供いただいた試料は、原則として使いきるまで保管されます。
5. 診療の過程で発生する診療情報は、匿名化した上で、医学研究・教育のために使用されます。
6. 試料（解析結果含む）や診療情報を利用するときには、十分にプライバシーが保護されます。
7. 個人情報、国の指針や市が定める条例に沿って厳重に管理されます。
8. 試料（解析結果含む）や診療情報を用いる研究は、本学の倫理委員会の承認を得てから開始されます。
9. ご協力いただく場合において、医学研究・教育にかかわる費用、対価及び報酬は一切発生いたしません。
10. 外部機関との共同研究などにも、試料（解析結果含む）や診療情報を匿名化し活用することがあります。

【研究開始、研究内容、情報開示について】

11. あなたの試料を用いた研究については、十分にプライバシーを保護した上で、ホームページ上に公表します。（研究意義、目的、方法、予測される結果など）
12. ホームページ上に公表される情報は、問い合わせ窓口を通じても得ることができます。
13. 研究成果の発表に際しても、個人が特定されることなく、十分にプライバシーが保護されます。
14. 研究によって知的財産権（特許など）が生じた場合は、横浜市立大学又は研究者に権利が帰属します。

※ 別冊「医学研究及び教育のための試料・診療情報の提供についての説明書」に、詳細が説明されています。

医学研究及び教育に関する(包括的)同意書

横浜市立大学附属病院長

横浜市立大学先端医科学研究センター長

あなたにご提供いただいた貴重な試料については

- (1) 厳重に個人情報保護が保証されます。
- (2) 倫理委員会で審査され、承認された研究でのみ使用されます。
- (3) ホームページ上で研究情報を確認できます。

私は、以上の条件が遵守される限り、私に関する試料（解析結果含む）や診療情報を横浜市立大学（附属病院及び先端医科学研究センター含む）において、次の研究に使用されること及び研究結果については個人のプライバシーが守られることを条件に学会・論文等で発表・公表されることに同意します。

【以下、（同意・不同意）のいずれかにチェック☑か、該当箇所に○をしてください】

（同意・不同意）

研究課題名 「

_____」
【 ヒトゲノム・遺伝子解析研究 （ 該当 ・ 非該当 ） 】

研究代表者 所属： _____

氏名： _____

※ ここから先は、将来行われる医学研究への使用についてです。

（同意・不同意）横浜市立大学倫理委員会承認の医学研究全般にわたって

（同意・不同意）横浜市立大学倫理委員会承認のヒトゲノム・遺伝子解析の研究

記入日（西暦） 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者様氏名（ご署名） _____

↑※代諾者・親権者による同意の場合にも、患者様氏名の記入をお願いします。

代諾者氏名（ご署名） _____

（未成年の場合親権者） _____

続柄 _____

続柄 _____

（代諾を行う理由） _____

医師 (説明者) 記入欄	説明者所属 科	氏名 (内線)	先端研試料保管		医局試料保管	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし