

# 同意書

板橋中央総合病院 病院長 殿

＜研究課題名＞COVID-19 に関するレジストリ研究

私は、上記研究課題名における研究に参加するにあたり、研究責任者(又は分担者)から以下の項目について、説明文書及び口頭にて説明を受け、自由意思によりこの研究に参加することに同意します。

- この臨床研究について
- あなたの病気について
- 研究の目的と意義
- 研究の方法と予定参加期間
- 研究に参加した患者さんに予測される利益及びリスクや負担について
- 研究への参加は患者さんの自由意思によるものです
- 研究を中止させていただく場合があります
- 研究で使用した情報の保管方法及び保管期間
- 研究にかかる費用の搬出元及び利益相反について
- 知的財産権の帰属について
- 個人情報の取り扱いについて
- 記録の閲覧について
- モニタリング・監査について
- 研究の実施体制
- 研究責任者の連絡先及びこの研究に関する問い合わせ先
- その他

研究に参加される方のお名前(ご本人の場合は署名): \_\_\_\_\_

同意年月日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代諾者の方の署名(続柄): \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

立会人の方の署名(続柄): \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

私は、本研究について上記の項目を説明し、文書による同意を取得しました。

研究責任者(又は分担者)の氏名(署名): \_\_\_\_\_

同意確認年月日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日