

バイオバンクアセント第1版

こくじゅん
国循バイオバンクからのお願い



あなたと同じような^{びょうき}病気について、もっとよく知って^{ちりょう}治療の
ためにクスリを作ったり、^{びょうき げんいん けんきゅう}病気の原因を研究したりするために、
あなたの^{けつえき}血液や^{ひつよう}データを必要としています。

あなたの血液を^{けんさ}検査の時1回だけ^{よぶん}余分に7mLほどいただきますか。

もちろんあなたの^{なまえ たにん}名前は他人にはわからなくします。

^{せつめい}説明をよく聞いて^{さいけつ う}採血を受けてもよいか、よく^{かんが}考えてください。
わからないことがあったら、いつでも聞いてください。



バイオバンク^{いしかくにんしょ}意思確認書

バイオバンクについて説明^{せつめい}を聞きました。

同意^{どうい}して採血^{さいけつ}を受けます。

あなたが同意を決めた日 年 月 日

名前： _____

なお、この意思確認書は 15 歳まで有効であり、16 歳になったら、
またおとな用の同意をいただきます。

保護者(親権者など)の方のご氏名

記入日 年 月 日

名前： _____

説明した人

説明日 年 月 日

名前： _____

【説明担当者記入欄】

説明日 年 月 日 主治医名 _____

患者さま ID _____ バイオバンク担当者 _____