**からへののおい**

：「のにする」

あなたとじようなについて、やのをするために、あなたのやデータをとしています。あなたのをの時 1 だけに7 mL ほどいただけますか。もちろんあなたのはにはわからなくします。

をよくいてをけてもよいか、よくえてください。わからないことがあったらいつでもいてください。



1. あなたのについて

あなたは、がしくかない「」というをっています。そのしいにはわからないことがいのですが、のやになりやすさを親からけぐことがあります。それの原因はの中にあるというものをべることによってわかることがあり、このようなをといいます。

のオミックスセンター(ORCといいます)では、ののをつけ、あなたとじようなの人につしいやをするために、たくさんののさんからをいただき、を行っています。は「のにする」です。

2. とデータ、の

1本分(7 mlほど)をにとらせてください。で・・などのをしたのち、などのあなたのやのは、とともににられ、ORCでし、にいます。

３．

ごいただいたやデータを用いたからたなやがあった、それにう（）のは、あなたではなく、を行ったやにすることをしてください。

４. とについて

ORCのにするかどうかは、ごので決めてください。にしなくても、またでが変わってをやめることにしても、それによってあなたがやのでをけることはありません。をするは、をけたか、のにしてください。やを捨てデータをします。

なお、このは15までですが、16になったらおとなのをらせてもらいます。

５．（）

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6番1号

国立循環器病研究センター　創薬オミックス解析センター長

蒔田直昌（まきた　なおまさ）

電話：（代表）06-6170-1070　内線31043

FAX: 06-6170-1602

email: makitan@ncvc.go.jp

の「のにする」

へのについてをきました。

してをけます。

あなたがをめた　　　　　年　　月　　日

**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

氏 名

説明した人

説明日 年 月 日

施設名

氏 名

患者さま ID

【説明担当者記入欄】

説明日 年 月 日 主治医名

ORC保管

の「のにする」

へのについてをきました。

してをけます。

あなたがをめた　　　　　年　　月　　日

**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

氏 名

説明した人

説明日 年 月 日

施設名

氏 名

患者さま ID

【説明担当者記入欄】

説明日 年 月 日 主治医名

ご本人控え