

国^{こくじゆん}循バイオバンクからのお願い



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

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

もちろんあなたの名^{なまえ}前は他人^{たにん}にはわからなくします。

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



いしかくにんしょ
バイオバンク意思確認書

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 _____