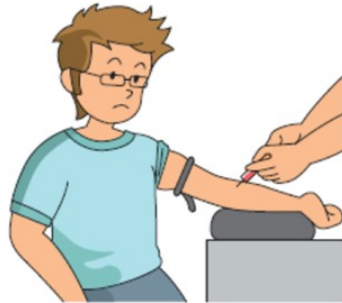


研究への協力をお願い

研究課題名：

「^{しんきんしょう}心筋症、^{しんきんえん}心筋炎及び^{しんぞういしょく}心臓移植後患者を対象とした^{たそう}多層オミックス解析を用いた^{びょうたいかいめい}病態解明と^{よぼう}予防・^{ちりょうほう}治療法に関する^{かん}研究」^{けんきゅう}



あなたと^{おな}同じような^{びょうき}病気について、^{げんいん}原因や^{ちりょう}治療の^{けんきゅう}研究をするために、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^{けつえき}血液を10mL ほどいただけますか。もちろんあなたの^{なまえ}名前は^{たにん}他人にはわからなくします。

^{せつめい}説明をよく^き聞いて^{さいけつ}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^き聞いてください。



せつめいぶん 説明文

1. あなたの**病気**について

あなたは、**心臓**の**筋肉**の**厚さ**や**形**の**異常**によって**心臓**の**力**が**弱**まる「**心筋症**」という**病気**を持っている**可能性**があります。その**詳しい原因**には**わからないこと**が多いのですが、**病気**の**原因**や**病気**になりやすさを**親**から**受け継ぐ**こともあります。その**原因**は**血液**の中にある**遺伝子**というものを**調べる**ことによって**わかる**ことがあり、このような**研究**を**遺伝子解析**といいます。

2. この**臨床研究**について

国立循環器病研究センター（**国循**といいます）では、**未知**の**心筋症**の**原因**を見つけ、あなたに**疑われる**ような**病気**の人に**役立つ****新しい治療法**や**予防法**を開発するために、**たくさんの方**から**血液**をいただき、**遺伝子解析**を行っています。**研究課題名**は「**心筋症**、**心筋炎**及び**心臓移植**後患者を対象とした**多層オミックス解析**を用いた**病態** **説明**と**予防・治療法**に関する**研究**」です。**臨床研究**とは、より**良い診断**や**治療**のために**医学的情報**を得る**さまざまな研究**のことをいいます。**協力**してくれるあなたの**御理解**と**御協力**によって**成り立つ**ものです。

3. **採血**と**データ**、**個人情報**の**保護**

採血1本分(10mLほど)をとらせてください。あなたの**血液**と**情報**

(治療を受けている場合は検査結果や病気の情報も含む) は、名前

なまえ

・住所・電話番号などのあなたを特定する情報を消したのち、

国循で保管され、研究に使用します。

また、この研究で得られた情報があなたの診療に参考になる

場合で、あなたの同意が得られている場合には、あなたを特定す

る情報を消さずに取り扱います。

3. 守ってほしいこと

・体の調子が悪くなることがあったら連絡をください。

4. 同意と同意撤回について

この研究に同意するかどうかは、あなた自分の考えで決めてく

ださい。この研究に参加しなくても、不利益になることはありません。

また、参加している途中で気持ちが変わったら、家族や

担当医師と相談してやめることができます。

心配なことがあれば、何でも担当医師に相談してください。

なお、この同意書は15歳まで有効ですが、16歳になったらおと

な用の同意書を取らせてもらいます。

5. 問い合わせ先

病院名	こくりつじゅんかんきびょうけんきゅう 国立循環器病研究センター
-----	------------------------------------

でんわばんごう 電話番号	(代表)06-6170-1070
担当医師の名前	ふくしま のりひで 福嶋 教偉 まきた なおまさ 時田 直昌

い し かくにんしよ 意思確認書

けんきゅうかだいめい しんきんしょう しんきんえんおよ しんぞういしょくごかんじゃ たいしょう
研究 課題名「心筋症、心筋炎及び心臓移植後患者を対象
たそう かいせきもち びょうたいかいめい よぼう ちりょうほう
とした多層オミックス解析を用いた病態解明と予防・治療法
かん けんきゅう きょうりよく せつめい き
に関する研究」への協力について説明を聞きました。

どうい さいけつ う
同意して採血を受けます。

あなたが同意を決めた日 ねん がつ 日にち
_____年 月 日

なまえ
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。

ほごしゃ しんけんしゃ かた しめい
保護者（親権者など）の方のご氏名

き にゅうひ ねん がつ 日にち
記入日 _____年 月 日

し めい
氏名 _____

せつめい ひと
説明した人

せつめいひ ねん がつ 日にち
説明日 _____年 月 日

しせつめい
施設名

し めい
氏名 _____

【説明担当者記入欄】

説明日 _____年 月 日 主治医名 _____

患者さま ID _____

い し かくにんしよ
意思確認書

けんきゅうかだいめい しんきんしょう しんきんえん およ しんぞういしょくごかんじゃ たいしょう
研究 課題名「心筋症、心筋炎及び心臓移植後患者を対象
たそう かいせき も ち びょうたいかいめい よぼう ちりょうほう
とした多層オミックス解析を用いた病態解明と予防・治療法
かん けんきゅう きょうりょく せつめい き
に関する研究」への協力について説明を聞きました。

どうい さいけつ う
同意して採血を受けます。

あなたが同意を決めた日 _____ 年 月 日

なまえ
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。

ほごしゃ しんけんしゃ かた しめい
保護者（親権者など）の方のご氏名

きにゅうひ ねん がつ にち
記入日 年 月 日

しめい
氏名 _____

せつめい ひと
説明した人

せつめいひ ねん がつ にち
説明日 年 月 日

しせつめい
施設名 _____

しめい
氏名 _____

【説明担当者記入欄】

説明日 _____ 年 月 日 主治医名 _____

患者さま ID _____