

こくじゅん けんきゅう きょうりよく ねが 国循から研究への協力のお願い

けんきゅうかだいめい ふせいみやくしょうこうぐん いでんしきばん かん けんきゅう
研究 課題名：「不整脈 症候群の遺伝子基盤に関する研究」



あなたとおなじような病気について、原因や治療の研究を
するために、あなたの血液やデータを必要としています。
あなたの血液を検査の時 1 回だけ余分に7 mL ほどいただ
けますか。もちろんあなたの名前は他人にはわからなくし
ます。

説明をよく聞いて採血を受けてもよいか、よく考えてく
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。



せつめいぶん 説明文

1. あなたの病気について

あなたは、心臓が規則正しく動かない「不整脈」という病気を持っています。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があります。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でわかることがあり、このような研究を遺伝子解析といいます。

国循の創薬オミックス解析センター(ORCといいます)では、未知の不整脈の原因を見つけ、あなたと同じ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、たくさんの不整脈の患者さん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「不整脈症候群の遺伝子基盤に関する研究」です。

2. 採血とデータ、個人情報保護

採血1本分(7 mlほど)を余分にとらせてください。担当部署で名前・住所・電話番号などの個人情報を消したのち、心電図などのあなたの検査結果や病気の情報は、血液とともに国循に送られ、ORCで保存し、研究に用います。

3. 権利

ご提供いただいた血液やデータを用いた研究から新たな発見や発明があった場合、それに伴う利益(知的財産)の権利は、あ

なたではなく、^{けんきゅう}研究を行った^{けんきゅうしゃ}研究者や^{こくじゅん}国循に属することを^{りかい}理解してください。

4. ^{どうい}同意と^{どういてっかい}同意撤回について

^{こくじゅん}国循ORCの^{けんきゅう}研究に^{どうい}同意するかどうかは、^{じぶん}ご自分の^{いし}意志で決めてください。^{けんきゅうきょうりょく}研究協力に^{どうい}同意しなくても、^{とちゅう}また途中で^き気が変わって^{きょうりょく}協力をやめることにしても、それによってあなたが^{ちりょう}治療や^{しんりょう}診療の中で^{なか}不利益^{ふりえき}を受け^うることはありません。^{どうい}同意を^{てっかい}撤回する場合は、^{ばあい}説明^{せつめい}を受けた^う先生^{せんせい}か、^{した}下の^{せきにんしゃ}責任者^{もう}に^で申し出て^{まう}ください。

^{けつえき}血液^{けんたい}や^{けんたい}検体を^け捨て^けデータを^け消します。

なお、この^{どういしょ}同意書^{さい}は^{ゆうこう}15歳^{さい}まで^{ゆうこう}有効^{さい}ですが、^{さい}16歳^{さい}になったら^{おと}おとな^{よう}用の^{どういしょ}同意書^とを取^とらせて^ともらいます。

5. ^{れんらくさき}連絡先^{せきにんしゃ}（責任者）

〒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

い し かくにんしよ
意思確認書

こくじゆん けんきゆう ふせいみやくしょうこうぐん いでんし きばん かん けんきゆう
国循の研究「不整脈症候群の遺伝子基盤に関する研究」
きょうりよく せつめい き

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。

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 _____

【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

こくじゆん けんきゆう ふせいみやくしょうこうぐん いでんしきばん かん けんきゆう
国 循 の 研 究 「 不 整 脈 症 候 群 の 遺 伝 子 基 盤 に 関 する 研 究 」
きょうりよく せつめい き

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。

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

【説明担当者記入欄】

説明日 年 月 日 主治医名

患者さま ID