

## ※作成の注意点

## 同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 :

申請時に記載してください

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名）  
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数）  
明を受け、内容を理解したうえで、私の身により、この研究に参加することに  
同意します。

同意取得時に用いた説明文書の版数を記載してください

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

☐ 同意します

☐ 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかを  
チェックしてもらってください！

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用することについて

☐ 同意します

☐ 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかを  
チェックしてもらってください！

該当しない場合は、  
申請時に削除してください。

同意日 : 西暦 年 月 日

本人署名 :

立会人※署名（続柄） :

( )

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の 伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について説明し、インフォームドコンセントが得られたことを認めます。

説明日 : 西暦 年 月 日

担当医署名 :

同席者署名 :

署名後、コピーを渡してください

## ※作成の注意点

## 同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 : \_\_\_\_\_ 申請時に記載してください

私は、上記研究課題名における研究に（研究対象者氏名） \_\_\_\_\_  
が参加するにあたり、担当医から説明文書（版数） \_\_\_\_\_ 版および口頭にて十分な説  
明を受け、内容を理解したうえで、私の自由意志により、この研究に参加することに  
同意します。

同意取得時に用いた説明文書の版数を記載してください

また、本研究で得られた情報を、別の研究等のために使用することについて

☐ 同意します

☐ 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかを  
チェックしてもらってください！

また、本研究で得られた試料（血液、組織等）を別の研究等のために使用すること  
について

☐ 同意します

☐ 同意しません

同意時に、患者さんにどちらかを  
チェックしてもらってください！

該当しない場合は、  
申請時に削除してください。

同意日 : \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

本人署名 : \_\_\_\_\_

代諾者署名（続柄） : \_\_\_\_\_ ( )

立会人※署名（続柄） : \_\_\_\_\_ ( )

※立会人：研究対象者または代諾者が説明文書を読むことができないが、口頭または他の伝達方法ではその内容を理解することができる場合、また利き手麻痺などにより署名が困難な場合には、公正な立会人が必要となります。

私は担当医として、今回の研究について、インフォームドコンセントが得られたこと  
を認めます。

☐ 本人にも説明し、インフォームド・アセントを得ました

（アセントを得た場合、チェックをいれてください。文書アセントの場合は様式 10-2 確認書が必要です。）

説明日 : \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

担当医署名 : \_\_\_\_\_

同席者署名 : \_\_\_\_\_

署名後、コピーを渡してください

確認書はコピーをして、患者さんに一部渡してください。  
は担当医師あるいは臨床研究コーディネーターが記載してください。  
は研究対象者・代諾者・立会人が記載してください。

## ※作成の注意点

## 確 認 書

けんきゅうかだいめい  
研究課題名

申請時に記載してください

けんきゅう はなし き  
研究について話を聞きました。

けんきゅう さんか  
研究に参加することにします。

き ひ  
決めた日

せいれき ねん がつ ひ  
西暦 年 月 日

な ま え  
名前

はなし せんせい  
話をした先生

はなし ひ  
話をした日

せいれき ねん がつ ひ  
西暦 年 月 日

せんせい なまえ  
先生の名前

様式 10-2 (アセント確認書) は主に研究対象者が小児の場合に用います。  
用いる際には、様式 10-1 (代諾者あり) も必須です。

署名後、コピーを渡してください