

ヒトゲノム・遺伝子解析研究への協力の同意文書

東北大学医学部附属病院長 殿

私は、今回の研究（研究題目：先天性アミノ酸代謝異常症、糖代謝異常症、有機酸代謝異常症の遺伝子診断）について、説明者（氏名：_____ 所属：_____）

より説明文書を用いて説明を受け、以下の項目について十分理解しました。

- ヒトゲノム・遺伝子解析研究を行うこと
- 研究への協力は自由意志で行うものであり、協力しない場合でも不利益にならないこと
- 希望すればいつでも研究協力を中止できること
- 研究の目的、意義、方法、試料の保存方法と保存期間、試料の廃棄方法
- あなたが研究協力者に選ばれた理由
- 希望すれば、詳しい研究計画書を閲覧できること
- 遺伝子解析によって、あなたに利益または不利益が生じる可能性があること
- 個人情報 は 厳重に管理されること
- 研究結果を知りたいという希望があった場合は、あなただけ（場合により代理人）に知らせること
- 研究結果は、その結果が誰のものであるかが判らないようにして学術発表する可能性があること
- この研究から知的財産権が生じた場合は、あなたには属しないこと
- 研究に要する費用は研究費でまかなわれ、試料提供は無償であること
- 希望すれば、遺伝カウンセリングが受けられること

研究協力への同意

（上記の内容を理解した上で以下の項目に○をしてください）

1. 提供する試料（血液・唾液など）が、今回のヒトゲノム・遺伝子解析研究に使用されることに同意します。

はい いいえ

2. 提供する試料等が、今回の遺伝子研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに研究・実施される遺伝子解析に使用されることに同意します。

はい いいえ

平成 年 月 日

住 所 〒

氏 名： _____

【本人の署名】

代理人氏名： _____

（本人との関係： _____）

【代理人の署名】(*)

(*)（本人が未成年者で判断能力がある場合は、本人および法定代理人の署名）

（本人が未成年者で判断能力がない場合は、法定代理人の署名）

（成年者でも十分な判断能力がない場合、または意識障害がある場合は、法定代理人または近親者などが署名）