（責任医師保管用）

**治　験　同　意　書**

札幌医科大学附属病院　病院長　様

患者氏名：

( I D )（　　　　　　　　　　　）

課題名：治験課題名を入れてください

　　私は、上記の治験について、医師より下記項目について十分な説明を受け、十分理解しました。その上で、この治験に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

1.はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9. この治験に関する新たな情報が得られた場合について

2.治験とは　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10.治験の中止について

3.病気について　　　　　　　　　　　　　　　　　11.健康被害が生じた場合について

4.現在行われている主な治療について　　　　　　　12.治験参加に伴う費用負担の軽減について

5.治験薬について　　　　　　　　　　　　　　　　13.個人情報について

6.治験の目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　14.守っていただきたいことについて

7.治験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口

8.予測される治験の利益と不利益

　　（下記の検査にも同意される場合は、該当するところに○をつけてください）

　薬物動態検査　への参加：（同意します・同意しません）

　抗体検査　への参加：（同意します・同意しません）

　　　　バイオマーカー検査　への参加：（同意します・同意しません）

　遺伝子研究　への参加：（同意します・同意しません）

【患者さん本人の同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

※　患者さんが未成年者又は意識障害者等で同意能力を欠く場合は、親権者、配偶者、後見人その他これに

準じる方の署名が必要です。

【患者さんのご家族などの同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さんとのご関係：

【説明者（治験協力者は説明した場合のみ）

　　治験責任医師等：　　　　　　　　　　 説明した日：　　　　年　　　月　　　日

治 験 協 力 者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（薬剤部保管用）

**治　験　同　意　書**

札幌医科大学附属病院　病院長　様

患者氏名：

( I D )（　　　　　　　　　　　）

課題名：治験課題名を入れてください

　　私は、上記の治験について、医師より下記項目について十分な説明を受け、十分理解しました。その上で、この治験に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

1.はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9. この治験に関する新たな情報が得られた場合について

2.治験とは　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10.治験の中止について

3.病気について　　　　　　　　　　　　　　　　　11.健康被害が生じた場合について

4.現在行われている主な治療について　　　　　　　12.治験参加に伴う費用負担の軽減について

5.治験薬について　　　　　　　　　　　　　　　　13.個人情報について

6.治験の目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　14.守っていただきたいことについて

7.治験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口

8.予測される治験の利益と不利益

（下記の検査にも同意される場合は、該当するところに○をつけてください）

　薬物動態検査　への参加：（同意します・同意しません）

　抗体検査　への参加：（同意します・同意しません）

　　　　バイオマーカー検査　への参加：（同意します・同意しません）

　遺伝子研究　への参加：（同意します・同意しません）

【患者さん本人の同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

※　患者さんが未成年者又は意識障害者等で同意能力を欠く場合は、親権者、配偶者、後見人その他これに

準じる方の署名が必要です。

【患者さんのご家族などの同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さんとのご関係：

【説明者（治験協力者は説明した場合のみ）】

　　治験責任医師等：　　　　　　　　　　 説明した日：　　　　年　　　月　　　日

治 験 協 力 者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者さん交付用）

**治　験　同　意　書**

札幌医科大学附属病院　病院長　様

患者氏名：

( I D )（　　　　　　　　　　　）

課題名：治験課題名を入れてください

　　私は、上記の治験について、医師より下記項目について十分な説明を受け、十分理解しました。その上で、この治験に参加することについて同意します。また、説明文書と本同意書の写しを受け取ります。

1.はじめに　　　　　　　　　　　　　　　　　　　9. この治験に関する新たな情報が得られた場合について

2.治験とは　　　　　　　　　　　　　　　　　　　10.治験の中止について

3.病気について　　　　　　　　　　　　　　　　　11.健康被害が生じた場合について

4.現在行われている主な治療について　　　　　　　12.治験参加に伴う費用負担の軽減について

5.治験薬について　　　　　　　　　　　　　　　　13.個人情報について

6.治験の目的　　　　　　　　　　　　　　　　　　14.守っていただきたいことについて

7.治験の方法について　　　　　　　　　　　　　　15.連絡先・相談窓口

8.予測される治験の利益と不利益

（下記の検査にも同意される場合は、該当するところに○をつけてください）

　薬物動態検査　への参加：（同意します・同意しません）

　抗体検査　への参加：（同意します・同意しません）

　　　　バイオマーカー検査　への参加：（同意します・同意しません）

　遺伝子研究　への参加：（同意します・同意しません）

【患者さん本人の同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

※　患者さんが未成年者又は意識障害者等で同意能力を欠く場合は、親権者、配偶者、後見人その他これに

準じる方の署名が必要です。

【患者さんのご家族などの同意（署名）】

　　お名前：　　　　　　　　　　　　　　同意した日：　　　　年　　　月　　　日

患者さんとのご関係：

【説明者（治験協力者は説明した場合のみ）】

　　治験責任医師等：　　　　　　　　　　 説明した日：　　　　年　　　月　　　日

治 験 協 力 者：　　　　　　　　説明した日：　　　　年　　　月　　　日