

作成日：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

バイオバンク研究同意 同意文書  
正・病院保管（バイオバンク）用



国立国際医療研究センター 理事長 殿

国立国際医療研究センター(NCGM)におけるバイオバンクに関して、担当者より口頭および文書による説明を受け、生体試料(診療や研究に由来する検査残余試料や手術摘出組織などの試料)に加えて、バイオバンク用に新たに採取される血液あるいは排泄物などの試料)、及び医療情報(質問票・診療情報・予後の情報)を NCGM バイオバンクに保管し、\*医学研究に利用されることに同意します。(\*医学研究には、遺伝子解析や、民間企業による研究開発も含まれます。)また、以下の選択項目について記入いたします。

- 1) 当センターだけではわからない情報<sup>※1</sup>について、個人情報<sup>※1</sup>の保護に関する法律等<sup>※1</sup>にしたがい他の医療機関や公的機関<sup>※2</sup>より、必要な情報を入手し、NCGM バイオバンクに保管・研究利用することについて

※1  
・診療・介護・転出入・生存等に関する情報

※2  
・保健所、都道府県・市町村保有の情報の閲覧、転記、写しの交付等による

同意します。 同意しません。

- 2) 研究の過程で、ご本人やご家族の健康を守る上で有意義と考えられることが偶然わかったことについて知りたいか否かについて

知らせてください。 知らせないでください<sup>※3</sup>。

※3 有効な対処方法がある場合は、その時にもう一度、ご希望を確認させていただきます。

【ご署名欄】

記入日： 年 月 日

血液などの提供者本人自署： 氏名 \_\_\_\_\_ (代諾・代筆)

記入日： 年 月 日

代諾者あるいは代筆者(必要時記載)： 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【説明担当者署名欄】

説明日： 年 月 日 説明担当者： 氏名 \_\_\_\_\_

作成日：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

バイオバンク研究同意 同意文書  
副・病院保管（バイオバンク）用



国立国際医療研究センター 理事長 殿

国立国際医療研究センター(NCGM)におけるバイオバンクに関して、担当者より口頭および文書による説明を受け、生体試料(診療や研究に由来する検査残余試料や手術摘出組織などの試料)に加えて、バイオバンク用に新たに採取される血液あるいは排泄物などの試料)、及び医療情報(質問票・診療情報・予後の情報)を NCGM バイオバンクに保管し、\*医学研究に利用されることに同意します。(\*医学研究には、遺伝子解析や、民間企業による研究開発も含まれます。)また、以下の選択項目について記入いたします。

- 1) 当センターだけではわからない情報<sup>※1</sup>について、個人情報<sup>※1</sup>の保護に関する法律等<sup>※1</sup>にしたがい他の医療機関や公的機関<sup>※2</sup>より、必要な情報<sup>※2</sup>を入手し、NCGM バイオバンクに保管・研究利用することについて

※1  
・診療・介護・転出入・生存等に関する情報

※2  
・保健所、都道府県・市町村保有の情報<sup>※2</sup>の閲覧、転記、写しの交付等による

同意します。 同意しません。

- 2) 研究の過程で、ご本人やご家族の健康を守る上で有意義と考えられることが偶然わかったことについて知りたいか否かについて

お知らせください。 知らせないでください<sup>※3</sup>。

※3 有効な対処方法がある場合は、その時にもう一度、ご希望を確認させていただきます。

【ご署名欄】

記入日： 年 月 日

血液などの提供者本人自署： 氏名 \_\_\_\_\_ (代諾 ・ 代筆)

記入日： 年 月 日

代諾者あるいは代筆者(必要時記載)： 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【説明担当者署名欄】

説明日： 年 月 日 説明担当者： 氏名 \_\_\_\_\_