

《藤田医科大学病院作成ガイド》

- R&D Head Club ICF 共通テンプレート(以下、共通テンプレート)をもとに、加筆・修正したものです。
- 共通テンプレートの内容より非該当部分を取り消し線、追記部分を赤字で示しています。共通テンプレート改訂時に比較・検討しやすいように元の記載を残しています。
- 原則、本テンプレートの使用をお願いしていますが、治験依頼者版がある場合には、その様式・項目順で作成していただいても構いません。ただし、表紙及び同意文書は、本テンプレートを参考に作成してください。

説明文書・同意文書 ひな型

テンプレート中のグレーマーカーと吹き出しでは、該当する GCP 条項を参照しています。

The screenshot shows a document template with a section titled "1. 治験(ちけん)とは" (What is a clinical trial?). The text describes the process of testing a new drug. Two callout boxes are present: one for "GCP 第51条1-1) ガイダンス(1)" (Guidance (1)) pointing to "治験が研究を伴うこと" (Clinical trials involve research), and another for "GCP 第51条1-4) ガイダンス(4)" (Guidance (4)) pointing to "治験の方法(治験の試験的側面)" (Methods of clinical trials (clinical trial aspects)).

青字にて記載箇所を示しています。当該治験内容にあわせて変更ください。

(疾患名)に対する(治験薬名)の治験について

説明文書および同意文書

ボックス(緑)には作成ガイドを記載しています。作成ガイドは最終化前に削除ください。

作成ガイド

「説明文書及び同意文書」の作成は以下を参考としてください。

全般的事項

- 専門用語は注釈を付ける。読み方が難しい漢字・英語には初出時等でルビを付ける。
- 読みやすくするための工夫を行う(色文字、強調、下線、行間拡大、イラスト挿入など)。
- 同一治験内で複数のパートやコホートがある場合
 - 適宜文書中で区別しやすいよう、パート/コホートごとに分けて作成することも検討する(例: 要約パートや治験スケジュール)。
- URL を記載する場合は、QR コードの使用も考慮する。
- ひな型中の「臨床研究コーディネーター」は、各医療機関における名称に変更可能である。
 - 医師は「治験担当医師」に統一する。(変更不可の B 項目欄内の文言と統一する)
 - CRC は「臨床研究コーディネーター」に統一する。(同意文書のみ、治験協力者の名称とする)

本ひな型は以下の構成となっています。

構成の変更やパート内の順番の入れ替えは行わず、項目を追加する場合は各パートの後ろに記載してください。

A) 治験の要約

- 当該治験の概要を 2 ページ程度にまとめて記載する。

B) 治験に関する一般的な説明

- 医療機関・依頼者・試験によらない、共通の説明内容を記載している。
- 原則、本文は変更しない。
- 当該治験の内容は、記載ボックス中に「A) 治験の要約」と同じ内容を記載する。
- 個別に追加・補足が必要な場合は、「D) 追加及び詳細情報」へ記載する。

C) この治験に関する説明

- 治験実施計画書等の内容をもとに作成する。
- 治験薬の形状や包装、投与経路、来院・服用スケジュール、有害事象一覧は内容に合わせ、図・表での記載を検討する。

D) 追加及び詳細情報

- 「B) 治験に関する一般的な説明」の項目に対し、医療機関・依頼者・試験固有の情報を記載する(例: 補償制度の概要、個人情報の取扱い、大規模災害時の対応に関する追加及び詳細情報等)。
- 補償制度に関する説明
 - 説明文書と一体型又は「別紙」として補償制度の概要に関する資料を説明文書に添付する。

同意文書

- 必要に応じて複写式にする(例: 「診療録保管用」、「事務局保管用」、「患者さん用」の順序で3枚)。
 - 同意文書 3 枚複写の右上に以下を記載する
1枚目: 病院保管用、2枚目: 治験事務局控、3枚目: 患者さん控
- 各医療機関における運用にあわせ、複写枚数や順序、口座番号欄を変更する。

口座番号の欄を設ける場合は「診療録保管用」は不要

- 「治験参加に伴う負担軽減費の振込先について」は使用しない。
- 必要に応じて「立会人」「代諾者」「代筆者」記載欄を設ける。
 - 同意文書に公正な立会人、代諾者、代筆者の欄を設ける場合、説明文書内に想定される署名者や使用事例等の説明を記載する。

(疾患名) に対する (治験薬名) の治験について



メイン以外の同意文書作成時に使用

説明文書および同意文書

この冊子は、〇〇〇の治験について説明したものです。

この説明文書をよく読み、治験の内容をご理解いただいた上で、この治験に参加されるかどうかを、あなた自身で決めてください。参加されるかどうかはあなたの自由な意思であり、参加を辞退されたとしても、そのために不利益をこうむることは一切ありません。この治験の参加に同意された後や治験を開始した後でも、いつでも治験の参加を取りやめることができます。

なお、あなたが未成年、もしくは患者さんご本人に同意をいただくことが困難な場合には、代諾者の方の同意も必要となります。そのため、代諾者の方もこの説明文書をお読みいただき、内容を十分に理解した上で、治験に参加させてもよいと思われた場合には、『同意文書』に署名をお願いします。

内容について、質問や心配なことがありましたら、遠慮なく、治験担当医師または臨床研究コーディネーターにお尋ねください。

作成ガイド

- 適宜イラストを挿入する。
- 当該治験や対象にあわせたイラストを選択する。
- 治験課題名
 - 簡略化する場合には、Web 検索時に特定可能となることも考慮する。
 - 臨床研究情報ポータルサイト (<https://rctportal.niph.go.jp/>)、IRB 議事要旨他
 - 必要時、口頭で補足する。
 - **正式な治験課題名(日本語)を記載する。**
- 右上に整理番号を記載する。
- 上記■■■■■■の箇所はメインの文書以外に使用する。
(例:「妊娠に関する情報の収集についての」「将来の研究のための」)
- 上記の〇〇の箇所は「(疾患名)に対する(治験薬名)」を記載する。
- 波線部について、代諾者同意が不要な場合は削除してください。

治験課題名：

治験実施計画書番号：●●●●●●

作成年月日：20●●年●●月●●日
(病院名) 版番号：第●●版

目次

A. 治験の要約	3
1. 治験の要約	4
B. 治験に関する一般的な説明	7
1. 治験（ちけん）とは	8
2. 自由意思による治験の参加について	10
2-1. 治験の参加と参加を取りやめる場合について	10
2-2. 新たな情報のお知らせについて	10
3. お問い合わせ先について	10
4. 治験中の費用について	11
5. 負担軽減費について	12
6. この治験を審査した治験審査委員会について	12
7. 個人情報の保護について	13
8. 健康被害が発生した場合の補償について	15
C. この治験に関する説明	16
1. あなたの病気と治療について	17
2. 治験薬について	17
3. 治験の目的	17
4. 治験の方法	17
4-1. 治験の参加基準	17
4-2. 治験の手順	18
4-3. 治験のスケジュール	19
5. 予測される利益および不利益	19
5-1. 予測される効果について	19
5-2. 予測される副作用または有害事象について	19
5-3. 予測される不利益について	20
6. この治験に参加しない場合の他の治療法について	21
7. この治験を中止する場合について	21
8. 治験期間中、あなたに守っていただきたいこと	22
D. 追加および詳細情報	23
1. (例) 補償制度の概要	24
2. (例) 個人情報の取扱い	25
3. (例) 大規模災害時の対応	26
4. (例) 利益相反、データの二次利用について	27

同意文書

治験実施計画書番号：●●●●●●

作成年月日：20●●年●●月●●日
(病院名) 版番号：第●●版

A. 治験の要約

第 1 部: 治験の要約

- 当該治験の概要を 1～2 ページにまとめて記載してください。
- 治験固有の説明詳細は、第 3 部「C. 治験固有の項目」で記載してください。

(本注釈ボックスは最終化前に削除ください)

1. 治験の要約

この治験についての要約です。詳細は、本文の該当箇所をご覧ください。

治験の概要	
対象となる病気/症状 (C-1項 p.●)	[疾患/症状]
目的 (C-3項 p.●)	[疾患/症状] の治療における [治験薬名/番号] (日本では開発中) の効果や安全性を調べること (第●相試験)
治験薬の剤形、 投与(使用)方法、用法 (C-4項 p.●)	[治験薬の剤形] ([用法])
参加予定期間と流れ (C-4項 p.●)	<ul style="list-style-type: none"> 治験の開始から終了まで●●日間 GCP 第51条1-7) が付1-(7) 被験者の治験への参加予定期間 GCP 第51条1-16) が付1-(13) 約XX週、来院:約X回 治験に参加する予定の被験者数
参加予定人数	約●●人
治験依頼者	この治験を当院に依頼している企業 XXXX 会社
治験中の費用 <治験依頼者の負担範囲:あなたの負担はありません> (B-4項 p.●)	<p>対象期間中の当院における以下の費用</p> <p>対象期間: [治験薬内服/投与開始日] ~ [最終内服/投与日または中止決定日]</p> <ul style="list-style-type: none"> 全ての検査費用 全ての画像診断費用 治験薬と同じ効果のお薬を使用した場合、その費用(該当する場合のみ) その他、治験薬を使用している期間以外で治験のために実施した検査代を補填するため、必要に応じて以下の費用(該当する場合のみ) . .
治験中の費用 <保険診療での負担範囲:一部があなたの負担となります> (B-4項 p.●)	<ul style="list-style-type: none"> 初診料・再診料 [疾患/症状] 以外の治療の費用 <p>GCP 第51条1-16) が付1-(16) 被験者が費用負担をする必要がある場合にはその内容</p>

<p>負担軽減費 <参加に伴うあなたへのお支払い> (B-5 項 p. ●)</p>	<p>治験のための来院ごと、あるいは治験のための入院1回につき 10,000 円 対象期間： 例) 治験参加同意日から観察期間終了まで 支払い方法： 月毎に来院回数を計算し、来院の翌月以降に藤田医科大学病院を通してあなたの指定する金融機関の口座に振り込まれます。</p>
<p>治験審査委員会 (B-6 項 p. ●)</p>	<p>名称： 藤田医科大学病院群共同治験審査委員会 種類： 共同治験審査委員会 GCP 第 51 条 1-15) が 1) 以 3, 4 設置者： 藤田医科大学病院 治験審査委員会に関する事項 藤田医科大学ばんだね病院 病院長 藤田医科大学七栗記念病院 病院長 藤田医科大学岡崎医療センター 病院長 所在地： 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1 番地 98</p> <p>治験審査委員会規程、治験審査委員名簿、治験審査委員会の記録の概要（開催後 2 ヶ月以内を目処）を公開しています。閲覧を希望される場合には、以下までご連絡ください。 藤田医科大学 治験・臨床研究支援センター 治験事務局担当者 連絡先： 0562-93-2873（直通） 対応時間： 月～金（祝日を除く）、8：45～17：00</p>
<p>お問い合わせ先 (B-3 項 p. ●)</p>	<p>診療科： ●●●●科 治験責任医師： ●● ●● 治験担当医師： _____ 連絡先： 0562-93-●●●●● (●場所●) 8：45～17：00（月～金）、8:45～12:30（土） 0562-93-●●●●● (●場所●) 夜間及び日曜・祝日 臨床研究コーディネーター： _____ 連絡先： 0562-93-2139（治験・臨床研究支援センター） 8：45～17：00（月～金）、8:45～12:30（土） ※日曜・祝日除く</p>

GCP 第 51 条 1-12) が 1) 以 1-11)
 被験者が治験及び被験者の権利に関してさらに情報の入手を希望する場合又は治験に関連する健康被害が生じた場合に照会すべき又は連絡をとるべき実施医療機関の相談窓口

作成ガイド A) :

全般:

- * 同一試験内で複数のパートやコホートが存在する場合、それぞれに分けて要約を作成してもよい。
- * 参加予定人数欄の記載について、グローバル試験の場合、「約●●人(日本:施設数、約●●人)」とする。

負担軽減費:

- * 各医療機関での規定及び運用に従い、期間や費用、支払い時期を記載する。
- * 負担軽減費の記載について、「治験のための来院ごと、あるいは治験のための入院 1 回につき 10,000 円」とする。

お問い合わせ先:

- * 治験責任医師の欄には、診療科・氏名を記載すること(診療科は GCP 上記載が必須ではないが、患者さんからの問い合わせを考慮し、ひな型では記載することとしている)。
- * 医療機関ごとに適宜追記/修正する(GCP に従い、治験責任医師ならびに相談窓口は記載が必須)。
- * お問い合わせ先欄の記載について、治験担当医師の氏名記載欄を設ける。

その他:

- * art や情報公開 website が参照可能な状態であれば、URL や QR コードを追加する。

B. 治験に関する一般的な説明

第 2 部: 全治験共通の項目

- 第 2 部は、医療機関・治験依頼者・試験によらない、共通の説明パートのため、原則変更しないでください。
- 個別に追加・補足が必要な場合は、第 4 部(D. 追加及び詳細情報)へ記載してください。

(本注釈ボックスは最終化前に削除ください)

1. 治験（ちけん）とは

私たちは、ケガをしたときや病気になったときにお薬を服用するなどの治療を受けています。この「くすり」が世の中に出るためには、最初に「くすりの候補」となる化合物の性質を調べ、動物でどのような作用があるかなどを調べます。そして最終的には、健康な人や患者さんの協力を得て、人の病気の治療に役立つかどうかを確かめる必要があります。

このように、健康な人や患者さんに「くすりの候補」を実際に使っていただいて、人での効果（有効性）や副作用（安全性）について調べ、国（厚生労働省）から「くすり」として承認を受けるために行う臨床試験のことを「治験」といい、治験で使われる「くすりの候補」を「治験薬」といいます。治験は通常の医療とは異なり、研究的な側面があるため、細心の注意を払いながら進めます。そのため、来院回数や検査が増える可能性があります。

また、治験への参加は、参加する方の自由意思に基づいて、人権と安全が最大限に守られなければなりません。そのため、治験は厚生労働省が定めた基準（医薬品の臨床試験の実施の基準 [GCP: Good Clinical Practice]）に従って行われます。この基準に従って、治験審査委員会（「6. この治験を審査した治験審査委員会について」で説明します）で審査を行い、この治験の当院での実施が承認されています。

GCP 第51条1-1) ガイダンス 1- (1)

治験が研究を伴うこと

GCP 第51条1-4) ガイダンス 1- (4)

治験の方法（治験の試験的側面）

治験のながれについて

「くすりの候補」は、動物での有効性や安全性を確認してから「治験」に進みます。治験は、通常3つの段階があり、各段階で有効性や安全性を確認しながら進めます。

そして治験で得られた結果は、厚生労働省から「くすり」として承認を受ける際に提出する資料となります。



抗がん剤の場合など、第1相試験で患者さんを対象にすることもあります。

出典：日本医師会治験促進センター

2. 自由意思による治験の参加について

2-1. 治験の参加と参加を取りやめる場合について

この治験への参加に対して同意するかどうかは、あなたの自由な意思でお決めください。治験に参加していただける場合は、同意文書に署名していただきます。治験の参加に同意した後でも、理由に関係なく、いつでも参加を取りやめ、中止することができますので、治験担当医師や臨床研究コーディネーターにご相談ください。治験の参加に同意しない、または治験参加中に中止した場合でも、一切不利益を被ることなく、あなたの病状に合った治療を受けることができます。

ただし、あなたが治験の途中で参加を取りやめることになった場合でも、中止するまでのデータはお申し出がない限り使用させていただきますので、ご了承ください。なお、お申し出いただいた時点で、すでに同意を撤回する前のデータが解析されていたり、治験の結果が公表されたりしている場合は、得られた結果については削除することができないことがあります。

GCP 第 51 条 1-8)、9) が 治 験 1- (8)

- 治験への参加は被験者の自由意思によるもの
- 治験への参加を随時拒否又は撤回することができる
- 拒否、撤回によって被験者が不利な扱いを受けないこと
- 治験に参加しない場合に受けるべき利益を失うことがないこと

GCP 第 51 条 1-16) が 治 験 1- (14)

治験への参加の継続について被験者又はその代諾者の意思に影響を与える可能性のある情報が得られた場合には速やかに被験者又はその代諾者に伝えること

2-2. 新たな情報のお知らせについて

治験の参加期間中に、この治験薬について新しい重要な情報が得られた場合は、速やかにお知らせします。継続して治験に参加されるかどうか、その都度あなたのご意思を確認させていただきます。

3. お問い合わせ先について

この治験について、分からないことや、さらに聞きたいこと、また何か心配なことがありましたら、どんな些細なことでもご遠慮なく治験担当医師または臨床研究コーディネーターにお尋ねください。ご家族などに相談していただいてもかまいません。

そして、この治験の内容をよく理解していただき、十分に検討してから治験への参加をお決めください。治験に参加していただけるようでしたら、同意文書にご署名の上、この説明文書と同意文書は大切に保管してください。

問い合わせ先	<p>診療科： ●●●●科</p> <p>治験責任医師： ●● ●●</p> <p>連絡先： 0562-93-●●●●● (●場所●)</p> <p style="padding-left: 40px;">8:45～17:00 (月～金)、8:45～12:30 (土)</p> <p>0562-93-●●●●● (●場所●)</p> <p style="padding-left: 40px;">夜間及び日曜・祝日</p> <p>臨床研究コーディネーター</p> <p>連絡先： 0562-93-2139 (治験・臨床研究支援センター)</p> <p style="padding-left: 40px;">8:45～17:00 (月～金)、8:45～12:30 (土)</p> <p style="padding-left: 40px;">※日曜・祝日除く</p>
	<p>作成ガイド)</p> <p>* 責任医師の欄には、診療科・氏名を記載すること(診療科は GCP 上記載が必須ではないが、患者さんからの問い合わせを考慮し、ひな型では記載することとしている)。</p> <p>* 医療機関ごとに適宜追記/修正する(GCP に従い、治験責任医師ならびに相談窓口は必須)。</p> <p>* 治験分担医師および臨床研究コーディネーターの氏名は、「A. 1. 治験の要約」へ記載する。</p>

4. 治験中の費用について

この治験で使用する治験薬の費用はかかりません。ただし、初診料や再診料、入院費、あるいはこの治験の対象疾患の治療以外の薬の費用などは、通常の診療分をあなたが加入している健康保険で負担していただくことになります。そのため、この治験薬を使用している間は、診療費の負担が一部少なくなることがあります。

<p>治験中の費用</p> <p><治験依頼者の負担範囲></p> <p>あなたの負担はありません</p>	<p>対象期間中の当院における以下の費用</p> <p>対象期間：</p> <p>治験薬内服/投与開始日～最終内服/投与日または中止決定日</p> <ul style="list-style-type: none"> • 全ての検査費用 • 全ての画像診断費用 • 治験薬と同じ効果のお薬を使用した場合、その費用 (該当する場合のみ) • その他、治験薬を使用している期間以外で治験のために実施した検査代を補填するため、必要に応じて以下の費用 (該当する場合のみ) • •
---	--

治験中の費用 ＜保険診療での負担範囲＞ 一部があなたの負担となります	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初診料・再診料 ・ [疾患/症状] 以外の治療の費用 ・
--	--

5. 負担軽減費について

治験に参加していただくと、治験のスケジュールどおりに来院していただくために通常の診療よりも来院の回数が多くなる場合があります。そのため、治験参加に伴う交通費などの負担を軽減する目的で、治験のための来院ごと、あるいは治験のための入退院1回につき、事前に決められた金額をお支払いいたします。

これらの費用は、「負担軽減費」といわれており、受け取る、受け取らないはあなたの自由な意思で決定することができます。

この治験における負担軽減費は以下のとおりです。

負担軽減費 ＜参加に伴うあなたへのお支払い＞	<p>治験のための来院ごと、あるいは治験のための入院1回につき 10,000 円</p> <p>対象期間： 例) 治験参加同意日から観察期間終了まで</p> <p>支払い方法： 月毎に来院回数を計算し、あなたの指定する金融機関の口座に、来院の翌月以降に振り込まれます。</p>
	<p>作成ガイド)</p> <p>* 各医療機関での規定及び運用に従い、期間や費用、支払い時期を記載する</p>

6. この治験を審査した治験審査委員会について

治験を行う際は、厚生労働省が定めた治験の基準（医薬品の臨床試験の実施の基準：GCP）に従うことになっており、治験を実施する医療機関の長（当院長）は、この治験の実施について「治験審査委員会」の意見を聴くことが求められています。

「治験審査委員会」は、医療機関の長から依頼された治験について、参加される患者さんの人権や安全性などに問題ないかを科学的・倫理的観点などから調査・審議するために設置されており、医療または臨床試験に関する専門的知識を有する人やこれらの専門以外の人、医療機関と利害関係のない人から構成されています。

治験審査委員会についてお問い合わせがある場合には治験担当医師または臨床研究コーディネーターへお申し出ください。

この治験については、以下の治験審査委員会により審査を受け、承認されています。

治験審査委員会	<p>名称： 藤田医科大学病院群共同治験審査委員会 種類： 共同治験審査委員会 設置者： 藤田医科大学病院 病院長 藤田医科大学ばんだね病院 病院長 藤田医科大学七栗記念病院 病院長 藤田医科大学岡崎医療センター 病院長 所在地： 愛知県豊明市杣掛町田楽ケ窪1番地98</p> <p>治験審査委員会規程、治験審査委員名簿、治験審査委員会の記録の概要（開催後2ヶ月以内を目処）を公開しています。閲覧を希望される場合には、以下までご連絡ください。</p> <p>藤田医科大学 治験・臨床研究支援センター 治験事務局担当者 連絡先：0562-93-2873（直通） 対応時間：月～金（祝日を除く）、8：45～17：00</p>
---------	--

GCP 第51条1-10) が付加1-(9)

モニター、監査担当者、治験審査委員会等及び規制当局が医療に係る原資料を閲覧できること。その際、被験者の秘密は保全されること。

GCP 第51条1-11) が付加1-(10)

治験の結果が公表される場合であっても、被験者の秘密は保全されること。

7. 個人情報の保護について

治験が適切に行われているか、記録されているデータが正確であることを調べるために、治験の関係者（閲覧の資格を持った治験依頼者の担当者）、厚生労働省などの国内規制当局および海外の規制当局（アメリカ食品医薬品局（FDA）、欧州医薬品庁（EMA）など）とその関連機関、ならびにこの治験の審査を行う治験審査委員会が、あなたのカルテや臨床検査の記録などを閲覧する場合があります。しかし、これらの関係者には個人情報に関わる法律、規制、ガイドライン等に基づいて保護され、それを守る義務が課せられていますので、あなたのお名前や住所などプライバシーに関わることも、他人に漏れることは決してありません。

また、治験に参加される前の検査結果の一部やこの治験で収集したデータ（画像、音声または動画などを含む）は、治験依頼者に報告されます。これらのあなたから得られたデータは、医薬品としての許可を得るための資料として厚生労働省など国内外の規制当局へ提出されます。また、治験の結果が学会や医学雑誌などに公表される場合もあります。その場合も同様にあなたのお名前や住所などの情報は分からないようにいたします。具体的には、あなたのお名前を使わず、符号や数字など識別コードに置き換えて（コード化）管理されます。

治験実施計画書番号：●●●●●●

作成年月日：20●●年●●月●●日
（病院名） 版番号：第●●版

治験により得られたデータおよびこの治験のためにあなたから提供された血液や尿などの検体が、他の目的で使用されることはありません。検査を終えた検体などは、治験終了後または保管期間が終了した後に、個人情報保護した状態で速やかに廃棄いたします。

あなたが治験参加の同意文書に署名されることによって、これらについてご了承していただいたこととなります。

GCP 第51条 1-10)が 1-9)の

同意文書に署名することによって閲覧を認めたことになること。

作成ガイド)

* 本文は一般的記載事項として変更せず、追加事項がある場合には D) 追加及び詳細情報パートへ記載する。

例) 治験薬の直接配送や在宅医療の導入に伴い、治験依頼者が契約した業者への情報共有

【治験時における越境移転に関する記載】

(参照: <http://www.fpmaj.gr.jp/PIP-Center/documents/guide.pdf>)

<移転先を特定できない場合>

この治験で得られたあなたのデータは、今後、治験を実施している製薬企業から医薬品の承認審査を行う日本および世界各国の規制当局、提携会社、委託先、学術研究機関、学会または研究者に移転または提供される可能性があります。

どの国の規制当局、提携会社、委託先、学術研究機関、学会または研究者に移転または提供されるかは、この治験で得られた結果や、今後の研究開発の結果によって変わるため、あなたへの説明及び同意取得を行う今の時点では、あなたのデータを移転する国をお伝えすることはできません。また、治験終了後時間がたってから、あなたのデータの移転・提出先が決まることもあるため、現時点で前もって同意をいただく必要があります。あなたのデータは日本よりも個人情報やプライバシー等に関する法律や規制が十分でない国に移転・提供される可能性もあります。ただし、あなたのデータはコード化されて取り扱われるため、規制当局を除き、これらの移転・提供先が、原則として、あなたの氏名や住所といった連絡先を知ることはありません。規制当局は治験データの信頼性確認のため、あなたの診療録や同意文書を確認することがあります。

<移転先を特定できる場合>

- 当該外国における個人情報の保護に関する制度
- 当該第三者が講ずる個人情報の保護のための措置
- その他当該本人に参考となるべき情報

8. 健康被害が発生した場合の補償について

この治験はこれまでの結果に基づき科学的に計画され慎重に行われますが、万一、この治験に関連してあなたに重大な副作用が起きたり、健康が損なわれたりした場合には、治験担当医師が最善を尽くして適切な治療にあたります。また、健康被害の内容や程度に応じて、治験依頼者の補償を受けることができます。ただし、その健康被害がこの治験と全く関係がない場合、または治験担当医師の指示を守っていただけなかった場合などあなたの故意または重大な過失によって生じた場合は、補償の対象とならない場合があります。

この補償制度は、あなたの損害賠償請求権を妨げるものではありません。

補償に関しご質問などがありましたら、治験担当医師または臨床研究コーディネーターにお尋ねください。

GCP 第 51 条 1-13)、14) が 1-12) (12)

治験に関連する健康被害が発生した場合に被験者が受けること
のできる補償及び治療

作成ガイド)

- * 本文中は一般的記載事項として変更せず、追加事項がある場合には D) 追加及び詳細情報パートへ記載する。
- * 詳細な補償制度の資料については、D) 追加及び詳細情報パートへ組み込む。

C. この治験に関する説明

第3部： 治験固有の項目

- 当該治験についてのパートです。

(本注釈ボックスは最終化前に削除ください)

1. あなたの病気と治療について

作成ガイド)

- * 簡潔な文章で対象となる病気(症状)について記載する。
- * 標準治療について簡潔に記載する。
- * 標準治療がない場合、広く使用されている一般的な治療や方法を記載する
(詳細については、「6. この治験に参加しない場合の他の治療法について」で記載する)。

2. 治験薬について

作成ガイド)

- * 病気からのつながりをもたせ、すでに市販されている薬との違いや特徴などについて説明する。「予測される効果及び不利益」と内容があまり重複しないように注意する。
- * 本邦、海外での市販もしくは治験状況があれば明記する。
- * 図などを用いて作用機序を簡単に説明する。
- * 対照薬や併用薬がある場合も同様に説明する。
- * 治験機器・治験製品はその使用方法に準じて記載する。
- * 治験依頼者名を記載する。

3. 治験の目的

GCP 第51条 1-2) ガイダンス 1- (2)

治験の目的

作成ガイド)

- * なぜ今回の治験が必要なのか、治験で何を明らかにしたいのかを簡潔に記載する。
- * 一般的な標準治療と治験とで何を比較するのか(何が違うのか)簡潔に記載する。

4. 治験の方法

GCP 第51条 1-4) ガイダンス 1- (4)

治験の方法 (被験者の選択基準)

4-1. 治験の参加基準

この治験に参加していただくためには、いくつかの基準があります。

《治験に参加いただける基準》

《治験に参加いただけない基準》

その他、いくつかの基準がありますが、診察や検査の結果から、治験担当医師が判断しますので、詳しくは治験担当医師にお尋ねください。

作成ガイド)

- * 選択基準、除外基準を項目別に記載する。
- * 全てを記載する必要はないが、特に参加者に聴取確認が必要な内容、本試験に特有な基準や参加者に負担のかかる検査などを含む基準は記載する。
- * 可能な限り分かりやすい表現とする。

治験実施計画書番号 : ●●●●●●

作成年月日 : 20●●年●●月●●日
(病院名) 版番号 : 第●●版

GCP 第51条 1-4) ガイダンス 1-(4)

試験の方法（無作為割付が行われる場合には、各処置に割り付けられる確率）

4-2. 試験の手順

作成ガイド)

- * 試験デザインを含める。
- * 投与群、割付、割り付けられる確率についての説明は、図表等により分かりやすくする。
- * 同一試験内に複数のパートやコホートを含む場合には、参加者にとっていずれに該当するか明確になるように記載する。

* プラセボの説明(該当する場合)

例) プラセボとは、見た目は試験薬と同じですが、有効成分が含まれていないものをいいます。

- * ランダム化(無作為化)の説明(該当する場合)と、その確率や、選択できないことについても記載する。

例) あなたがどちらのグループになるかは、患者さんご自身や試験担当医師が選ぶことはできません。「無作為化(ランダム化)」という方法により、●分の●の確率でいずれか(どちらか)のグループに決定されます。「無作為化(ランダム化)」とは、有効性や安全性などを公平に比較するために有効な方法として試験では広く用いられています。

* ランダム化・二重盲検の説明(該当する場合)

例) あなたがどちらのグループになるかは、患者さんご自身や試験担当医師が選ぶことはできません。「無作為化(ランダム化)」という方法により、●分の●の確率でいずれか(どちらか)のグループに決定されます。また、試験薬の効果等を正確に評価するために、いずれ(どちら)のグループに入っているのか、試験担当医師にも患者さんにも分からないようになっています。使用していただくお薬の種類が分かると、試験担当医師あるいは患者さんの先入観が働き、思い込みが入るため正確なお薬の評価ができなくなるからです。このような方法は専門的には、「二重盲検比較試験」といわれ、医薬品の試験では広く用いられています。ただし、緊急時で試験担当医師が投与群を知る必要が生じた場合は、ただちにどの群になるか分かるようになっています。

試験薬の使用(服用)方法

- * 剤型や投与経路、投与量、投与間隔について図表などを用いて分かりやすく記載する(「試験薬について」に記載している場合、重複する内容は記載しなくてもよい。
- * 試験薬に複数の用量がある場合、具体的な用量(mg 数等)を記載し明確に区別できるようにする。
- * 試験デザインに応じて、割付の話と一緒に記載する方が分かりやすい場合は、まとめて記載してもよい。
- * Wash Out 期間や観察期間があるときは、その期間とその間に体調変化(悪化等)が起こった時の対応についても記載する。
- * 服用忘れの際の対応や、服薬日誌等の記載(該当の場合)、試験薬の管理方法を記載する。

4-3. 治験のスケジュール

作成ガイド)

- * スケジュールは表で分かりやすく説明する。
- * 一般的でない検査の場合は、イメージがわくような説明とする。
- * 採血がある場合は、1回の採血量を明記する(頻回の PK 採血がある場合は、別スケジュール表を作るなど分かりやすくする)。
- * 採血量を記載する際は、約をつける。(例:約〇〇ml)
- * 侵襲を伴う検査の場合の予想される危険性は、「5-3. 予測される不利益について」へ記載する。
- * 必須項目と任意項目が区別できるように記載する(例: 必須◎ 任意○)。
日本においては、「X」の使用は可能な限り避けること。
- * 任意の追加研究などについては、別項目として分けて記載することも検討する。

5. 予測される利益および不利益

5-1. 予測される効果について

GCP 第 51 条 1-5) ガイダンス 1- (5)

予期される臨床上的利益及び危険性又は不便(被験者にとって予期される利益がない場合には、被験者へその旨を知らせること)

作成ガイド)

- * 提示可能な前相の試験結果がある場合は、国内・国外の区別、投与症例を明記し、具体的に記載する。
- * 臨床上的利益に関しては、各投与群(プラセボ群含む)における客観性に基づく記載にする。

5-2. 予測される副作用または有害事象について

GCP 第 51 条 1-5) ガイダンス 1- (5)

予期される臨床上的危険性又は不便

作成ガイド)

- * 副作用と有害事象の違いが分かるような文章を記載する。
例)これまでに分かっている副作用または有害事象は以下のとおりです。
有害事象とは、あらゆる意図しない、または好ましくない症状・病気・検査値の異常等のことで、薬の使用や治験の手順が原因であるものも、そうでないものも含まれます。
副作用は、有害事象のうち治験薬との因果関係が確認されたものをいいます。
- * 表形式で記載する(事象名、頻度、など)。
- * グローバル試験等や前相が複雑なデザインの試験だった場合など、表形式にしても分かりづらくなるため、最初にそれらの概要(要約)のような記載があるとよい。
- * 重篤な副作用は頻度が少なくとも全て記載する。
- * 難しい医療用語には注釈を付ける。

5-3. 予測される不利益について

作成ガイド)

副作用以外のことで、治験に参加することによって生じる不利益について記載する。

例)

治療や併用薬に一部制限がある場合があります。

来院回数や検査の回数が増える場合があります。

* PKなどで、院内待機時間が長い場合(4時間後 PK など)は記載する。

* 治験の規定により測定不可の検査がある場合は記載する。

* 「侵襲を伴う検査の予想される危険性」の説明は、可能な限り以下の例文を使用する。

例) < 治験の手順・検査に伴う危険性および不快感 >

- 採血

血液を採取する際に、腕に注射針による小さな傷や痛みを受けたり、軽いめまいを感じたり、また、注射部位から出血したり、数日間あざや痛みが残ることがあります。まれに感染を起こすことがあります。

- 心電図検査

胸、腕、足に電極を貼って測定します。測定中は、痛みや不快感は殆どありませんが、電極をはずした後、皮膚に電極のあとがしばらく残ることがあります。

- エコー検査(超音波検査)

超音波を通りやすくするため、エコー部位にゼリーをつけますので、冷たく感じる場合があります。

- CT スキャン

造影剤の静脈注射により、注射した部分が少し熱く感じる場合があります。また、口の中に金属の味を感じることや体のほてりを感じる場合があります。このような感覚は、すべて通常の反応であり、数秒以内に消失します。まれに、造影剤に対して、アレルギー反応が起こることがあります。検査中に不快な症状がある場合はすぐに検査スタッフにお知らせください。

- MRI(核磁気共鳴画像法)

MRI は、金属を身に付けていなければ、通常、体に及ぼす影響はありません。けがや手術によって体内に金属がある方は、MRI 検査を受けることはできません。刺青(いれずみ)のインクには金属が含まれていることがありますので、もし刺青をしている場合は、治験担当医師や検査スタッフにお知らせください。カラーコンタクトレンズには着色部の色素に金属が含まれていることがありますので、検査時は外してください。また、MRI は狭い場所が苦手な方にとっては閉じ込められるように感じられる場合があります。撮影中の音を不快に感じることもありますが、耳栓やヘッドホンを使用することによって撮影中の音を抑えられます。

- 単純 X(エックス)線撮影(レントゲン)

単純 X 線撮影により、あなたがこの治験に参加している間に浴びる放射線の量は普通の生活で年間に浴びる放射線量の 10~100 分の 1 程度です。

- 静脈注射

注射のために静脈に注射針を刺すことで、小さな傷がつくことがあります。また、注射部位に出血、あざ、痛み、まれに感染を起こす場合もあります。また、静脈内を血栓や気泡が循環することに

よって、血管を塞栓することがまれにあります(これらは一般に塞栓症と呼ばれます)。お薬が静脈に入らず、注射部位の周囲に漏れることがあります。

6. この治験に参加しない場合の他の治療法について

作成ガイド)

- * 他の治療法の有無及びその治療法に関しては、治療薬名・治療方法をあげるだけでなく、期待される効果と予想される副作用も記載する。
- * 確立した治療法がない場合は、一般的な対症療法等を記載する。
- * 可能な限り、下記表に基づいた記載とする。

治療方法 (薬剤名など)	投与方法	主な副作用	期待される効果 (有効性)など
●●●	2週間毎に外来で点滴(約2時間)	皮疹、倦怠感など	
●●●	3週間毎に入院で点滴(5日間連続)	貧血、脱毛、食欲不振など	
●●●	1日2回内服	はきけ、視力障害など	

GCP 第51条1-6) ガイダンス1-(6)

患者を被験者にする場合には、当該患者に対する他の治療方法の有無及びその治療法に関して予測される重要な利益及び危険性

GCP 第51条1-16) ガイダンス1-(15)

治験への参加を中止させる場合の条件又は理由

7. この治験を中止する場合について

あなたに治験参加の同意をいただいた後でも、次のような場合には、治験に参加いただけなかったり、治験を中止したりすることがありますので、ご了承ください。

- ① あなたから中止の申し出があった場合
- ② あなたの状態が治験に参加するための基準を満たしていないことが分かった場合
- ③ 治験担当医師があなたの状態により、この治験を続けることが難しいと判断した場合
- ④ 治験依頼者等がこの治験を続けることが難しいと判断した場合
- ⑤ その他、治験担当医師が治験の中止を必要と判断した場合

治験薬を使用した後に治験の参加を中止する場合には、あなたの健康状態を確認するための検査を受けていただくことがありますので、ご承知おきください。

作成ガイド)

- * 治験参加に同意をいただいた後でも、治験を中止する場合があることを記載する。
- * 治験参加者が理解できる範囲で中止基準を記載する。
- * 治験を中止する場合には、健康状態を確認するための検査や電話による調査を受けていただくことを記載する。

8. 治験期間中、あなたに守っていただきたいこと

あなたの安全を確保するため、また治験薬の有効性や安全性を正しく評価するために治験に参加していただいている間は、次のことを必ずお守りください。

- ① 治験担当医師の指示どおり、診察・検査・治療を受けてください。受診予定日に来院できない場合は、必ずご連絡ください。
- ② いつもと体調が違ふと感じられた場合は、いつでもご連絡ください。
- ③ 現在、他の医師の診察や他の医療機関を受診されている場合や、現在使用しているお薬（他の病院から処方されているものを含む）・健康食品・サプリメントなどがある場合は、事前にお伝えください。
- ④ 治験に参加されている間、他の医師の診察や他の医療機関を受診される場合、また薬局でお薬を購入される場合は、あらかじめ治験担当医師または臨床研究コーディネーターにご相談ください。緊急の場合などであらかじめ相談できないときは、「治験参加カード」を提示して、治験に参加していることを必ずお伝えください。その後、当院にお知らせください。
- ⑤ 残った治験薬や服用し忘れた治験薬、また空になった容器などは次回来院時に必ずご返却ください。
- ⑥ 服用の際などに落とした治験薬は、捨てずに（未使用の治験薬とは区別して）次回来院時にご持参ください。
- ⑦ 治験薬は胎児への安全性が確認されていませんので、治験参加中は男女問わず適切な避妊が必要となります。治験参加中に、あなたもしくはあなたのパートナーが妊娠された場合は、すぐにご連絡ください。その後の妊娠経過などの情報を提供していただくことがあります。
- ⑧ 住所や電話番号など連絡先が変更になる場合は、必ずお知らせください。
- ⑨ この治験に関する情報は、治験依頼者の機密情報となりますので、SNSなどに掲載するのはご遠慮ください（治験薬の写真掲載なども含みます）。

作成ガイド

- * 一般的事項と昨今の状況をふまえ記載しているが、治験ごとに適宜追記変更する。
- * 過度に生活習慣を束縛する表現は避けること。
- * 他の箇所への記載があり、内容が重複する場合は、適宜本項から削除可能である。
- * ④の2行目に「または臨床研究コーディネーター」を追記する(本文を参照)。
- * 併用禁止薬、注意薬、併用注意の食材(例: グレープフルーツ等)は、この欄に記載する。
- * 妊娠に関する事項(避妊について)は、この欄に記載する。但し、治験実施計画書の規定などにより長文となる場合は、別添に「妊娠」の項目を作成する。
- * 生活保護に関する事項を追記する。例)生活保護申請予定がある場合は、事前にお知らせください。(生活保護対象者は治験に参加できないことがあります。)

D. 追加および詳細情報

第4部:別添

- 「B) 治験に関する一般的説明」の項目に対し、医療機関・依頼者・試験固有の記載すべき情報があればこちらに記載してください。
- 補償制度の概要 詳細
- 個人情報の取扱い 詳細
- 大規模災害時の対応
- 利益相反、データの二次利用について など

(本注釈ボックスは最終化前に削除ください)

1. (例) 補償制度の概要

作成ガイド)

- 「B)-8 健康被害が発生した場合の補償について」に対する追加事項がある場合に記載する。
- 詳細な補償制度の資料を組み込む。
- 補償の詳細は別紙で作成し、添付する。
- 化学療法治験等、補償対象とならないものがある場合は、別紙で具体的に明記する。

2. (例) 個人情報の取扱い

作成ガイド)

- 「B)-7 個人情報の保護について」に対する追加事項がある場合に記載する。
- 例) 治験薬の直接配送や在宅医療の導入に伴い、治験依頼者が契約した業者への情報共有

3. (例) 大規模災害時の対応

作成ガイド)

- 「B) 治験に関する一般的説明」の項目に対し、依頼者及び医療機関固有の事項を記載する(該当する場合)

4. (例) 利益相反、データの二次利用について

作成ガイド)

- 「B) 治験に関する一般的説明」の項目に対し、依頼者及び医療機関固有の事項を記載する(該当する場合)

藤田医科大学病院・診療科名 科

責任医師名 殿

同意文書

<メインの同意文書>

(治験課題名；)

診療科名と治験責任医師名は、該当する名称を記載してください。

私は、本治験に参加するにあたり、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って十分な説明を受け、説明文書を受領しました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思によりこの治験に参加することに同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

<ご本人>	同意日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名(自署) _____ 生年月日 _____ 年 月 日
<代諾者>	同意日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名(自署) _____ 患者との関係： _____
	患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
私は負担軽減費を	<input type="checkbox"/> 受け取ります
	<input type="checkbox"/> 受け取りません

代諾者が不必要な場合は削除してください。

私は、本治験について、上記の説明文書を用いて十分に説明を行い、説明文書を渡しました。

説明日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記	診療科名 <u>診療科名</u> 科
治験責任(分担)医師	氏名(自署) _____
(治験協力者が補助的な説明を行った場合)	
説明日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記	治験協力者 氏名(自署) _____

診療科は事前に記載してください。

藤田医科大学病院・診療科名 科

責任医師名 殿

同意文書

(治験課題名；)

私は、本治験に参加するにあたり、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って十分な説明を受け、説明文書を受領しました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思によりこの治験に参加することに同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

<ご本人>	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署） _____ 生年月日 _____ 年 月 日
<代諾者>	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署） _____ 患者との関係： _____
	患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
私は負担軽減費を <input type="checkbox"/> 受け取ります	
<input type="checkbox"/> 受け取りません	

私は、本治験について、上記の説明文書を用いて十分に説明を行い、説明文書を渡しました。

説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験責任(分担)医師 診療科名 <u>診療科名 科</u>
氏名（自署） _____
(治験協力者が補助的な説明を行った場合)
説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験協力者 氏名（自署） _____

藤田医科大学病院・診療科名 科

責任医師名 殿

同意文書

(治験課題名；)

私は、本治験に参加するにあたり、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って十分な説明を受け、説明文書を受領しました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思によりこの治験に参加することに同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

<ご本人>	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署） _____ 生年月日 _____ 年 月 日
<代諾者>	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署） _____ 患者との関係： _____
	患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
私は負担軽減費を <input type="checkbox"/> 受け取ります	
<input type="checkbox"/> 受け取りません	

私は、本治験について、上記の説明文書を用いて十分に説明を行い、説明文書を渡しました。

説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験責任(分担)医師 診療科名 <u>診療科名 科</u>
氏名（自署） _____
(治験協力者が補助的な説明を行った場合)
説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験協力者 氏名（自署） _____

藤田医科大学病院・診療科名 科
責任医師名 殿

診療科名と治験責任医師名は、該当する
名称を記載してください

同意文書

<メイン以外の同意文書>

(治験課題名；)

私は、本治験の■■■■■■■■■■に参加するにあたり、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って十分な説明を受け、説明文書を受領しました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思によりこの治験の■■■■■■■■■■に参加することに同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

<ご本人>	同意日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名(自署) _____ 生年月日 _____ 年 月 日
<代諾者>	同意日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名(自署) _____ 患者との関係： _____ 患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
私は負担軽減費を <input type="checkbox"/> 受け取ります <input type="checkbox"/> 受け取りません	

代諾者が不必要な場合は
削除してください

メインとは別に負担軽減費が発生しない
場合は、欄を削除してください

私は、本治験について、上記の説明文書を用いて十分に説明を行い、説明文書を渡しました。

説明日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記
治験責任(分担)医師 診療科名 <u>診療科名 科</u> 氏名(自署) _____
(治験協力者が補助的な説明を行った場合)
説明日：20 年 月 日 (時 分) 24 時間表記
治験協力者 氏名(自署) _____

診療科は事前に記載
してください。

藤田医科大学病院・診療科名 科
責任医師名 殿

同意文書

(治験課題名；)

私は、本治験の■■■■■■■■に参加するにあたり、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って十分な説明を受け、説明文書を受領しました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思によりこの治験の■■■■■■■■に参加することに同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

＜ご本人＞	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署）_____ 生年月日 _____ 年 月 日
＜代諾者＞	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署）_____ 患者との関係：_____
	患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
私は負担軽減費を <input type="checkbox"/> 受け取ります	
<input type="checkbox"/> 受け取りません	

私は、本治験について、上記の説明文書を用いて十分に説明を行い、説明文書を渡しました。

説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験責任(分担)医師 診療科名 <u>診療科名</u> 科
氏名（自署）_____
(治験協力者が補助的な説明を行った場合)
説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験協力者 氏名（自署）_____

藤田医科大学病院・診療科名 科
責任医師名 殿

■■■■■■■■■■
同意文書

(治験課題名；)

私は、本治験の■■■■■■■■■■に参加するにあたり、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って十分な説明を受け、説明文書を受領しました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思によりこの治験の■■■■■■■■■■に参加することに同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

<ご本人>	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署）_____ 生年月日 _____ 年 月 日
<代諾者>	同意日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
	受領日：20 年 月 日
	氏名（自署）_____ 患者との関係：_____
	患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
私は負担軽減費を <input type="checkbox"/> 受け取ります <input type="checkbox"/> 受け取りません	

私は、本治験について、上記の説明文書を用いて十分に説明を行い、説明文書を渡しました。

説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験責任(分担)医師 診療科名 <u>診療科名</u> 科
氏名（自署）_____
(治験協力者が補助的な説明を行った場合)
説明日：20 年 月 日（ 時 分）24 時間表記
治験協力者 氏名（自署）_____

<ゲノム・遺伝子解析 同意文書 案>

私は、下記の治験担当医師（及び治験協力者）より、説明文書に従って、十分な説明を受け説明文書を受け取りました。また、十分な時間が与えられ質問する機会があり、この治験の内容について理解しました。

よって、私自身の自由意思により、リスクを理解した上で、この■■■■■■■■■■に参加することに同意し、私の生体サンプルとコード化された主試験の関連データの収集、保管、処理、転送（検体および全ゲノムの遺伝子情報が海外へ転送されることを含む）、および利用に同意します。その証として、本同意文書に署名、日付記入した後、同意文書の写しを受領します。

海外へ転送されない場合には削除してください