

## プリオン病遺伝子解析研究への協力の同意文書

東北大学大学院医学系研究科 病態神経学分野

北本 哲之 先生

私は、今回の研究（プリオン病患者のプリオン蛋白遺伝子解析）について、  
説明者（氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ ）  
より説明文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、こ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

そのうえで、私の提供する試料・情報が、

1. 今回の研究にのみ使用されることに同意します。
2. 今回の研究だけでなく、現時点では特定されない将来のヒトゲノム・遺伝子解析研究にも使用されることに同意します。

(1か2のいずれかに○をつけてください)

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所：〒 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_  
【本人の署名】

代理人氏名： \_\_\_\_\_  
【代理人の署名】

(本人との関係： \_\_\_\_\_ )

- ・ 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