

患者さんへ 研究協力をお願い

～ 余剰検査サンプルの研究目的の使用について ～

ぐんま耳鼻咽喉科クリニック 頭頸部免疫研究室では、診療目的で採取した血液・鼻汁・耳漏・喀痰・唾液・穿刺膿・尿などの「**体液**」や、それに含まれる「**微生物**」、穿刺細胞診や切除組織などの「**細胞**」について、診療に必要な分以外の余った分を、免疫学的・遺伝子学的研究に使用させていただけないか、お伺いさせていただいております。また個人情報（伏せた、性別・年齢、検査データや病状推移などの「**臨床情報**」）も、研究のために使用させていただけると幸いです。

ぐんま耳鼻咽喉科クリニック 頭頸部免疫研究室 室長 坂倉 浩一

重要なこと

- 研究計画や遂行は、第三者委員会である「**ぐんま耳鼻咽喉科クリニック 頭頸部免疫研究室 人を対象とする医学系研究倫理審査委員会**」の、承認と管理の下に行われます。
- 研究に協力するか否か、診療上の利益・不利益を被ることはありません。謝礼はありませんが、診療範囲外の危険や不利益を伴うことはありません。いつでも同意は撤回できます。
- 診療目的以外に、研究のために余分な採液や切除を行うことはありません。
- 名前や住所、メールアドレスなどの個人情報は匿名化され、個人情報の流出が起らないよう厳重に管理・保存・廃棄されます。
- 本研究室はいかなる団体・製薬会社の補助も受けておりません。
- 研究の成果は、患者さんの氏名や個人情報が明らかにならないようにして、学会や学術雑誌に発表される場合があります。研究結果から特許などが発生した場合、その権利は研究者・研究室に帰属します。

※詳細については、待合室内「**ぐんま耳鼻咽喉科クリニック 頭頸部免疫研究室 研究の詳細**」の冊子をご覧ください。下記の URL をご覧ください。

<http://gunma-ent.com/> ●●●●●

4次元
バーコード

研究同意書

ぐんま耳鼻咽喉科クリニック 頭頸部免疫研究室の研究における、検体・情報の利用に

協力します

協力しません

(どちらかを○で囲んで下さい)

お名前: _____ 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

または代諾者のお名前: _____ (本人との関係: _____)

※記入が終わりましたら、受付へお出し下さい。コピーを取ってお返しします。