

「ジストロフィン遺伝子シーケンス解析」と「保存/研究使用」に関する

同意書の変更願

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター総長 殿

患者氏名 _____ 記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者住所 〒 _____

患者本人が判断ができず、代諾者が承諾する場合は、次の欄も記入してください。

代諾者氏名 _____ （患者との関係 _____ ）

代諾者住所 〒 _____

患者様記入欄

検体の取り扱いに関し、以下の変更を行ってください。（該当する番号を○で囲む）

1. ジストロフィン遺伝子シーケンス解析を中止
2. 診断目的の検体保存を中止
3. 診断目的の検体保存は認めるが、研究目的の検体保存は中止
4. 検体保存を中止（診断使用も、研究使用も中止）
5. その他： _____

情報の取り扱いに関し、以下の変更を行ってください。（該当する番号を○で囲む）

1. 一切の情報を破棄
2. 将来の新たな診断情報を（知りたい、知りたくない）に変更
3. その他： _____

署名（患者または代諾者） _____ 印 （印鑑のないときは、自署のみでも可）

お願い

診断に関する変更の場合は、診療を担当されています主治医の先生にも変更内容をお知らせいただけますようお願いいたします。

変更願の送付先

〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院

DNA 診断・治療室内

筋ジストロフィー患者登録センター遺伝子解析部門

西野一三・林由起子・南 成祐・後藤雄一

2010年 5月 21日 倫理委員会承認