

「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

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 _____ 年齢 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 〒 _____

患者本人が判断できず、代理人が承諾する場合は、次の欄も記入してください。

代理人氏名 _____ (患者との関係 _____)

代理人住所 〒 _____

検体の種類 (○で囲む): 血液、DNA、培養リンパ球、皮膚線維芽細胞、その他 _____

培養の有無 (○で囲む): あり、なし

ジストロフィン遺伝子シーケンス解析に関すること

私は、担当医師から説明を受け、その趣旨をよく理解しました。また、検査結果は担当医師に文書で報告されるとともに、筋ジストロフィー患者登録センター患者情報登録部門で遺伝子変異情報が登録される事を承知の上、上記検体を用いたジストロフィン遺伝子シーケンス解析を検査実施者に依頼することを承諾いたします。

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)

保存/研究使用に関すること

私は、神経・筋疾患の病因・病態解明と治療法開発のために、上記検体の一部が保存され、下記検査実施者の所属施設または共同研究者の施設において、遺伝子解析を含む研究に使用されることについて、担当医師から必要かつ適切な説明を受け、その趣旨を十分理解しましたので、承諾いたします。

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)

公共バンクへの検体の供与: 1. 認める 2. 認めない

説明を行った医師の署名

私は、上記患者 (または代諾者) に、説明文書の内容も含めて、十分な説明を行い、承諾を得ました。また、患者様が本解析の対象者に該当することを確認し、遺伝カウンセリングの必要性を含めて説明しましたので、「ジストロフィン遺伝子シーケンス解析」を (患者様が承諾される場合には、「保存/研究使用」についても) 依頼いたします。検査実施者より診断結果の通知を受けた際には、責任を持って上記患者 (または代諾者) にその内容を説明します。

医師署名 _____ 印 (印鑑のないときは、自署のみでも可)

病 院 名 _____ 科 名 _____

住 所 〒 _____

検査実施者および検体・試料管理担当者

氏 名 西野一三・林由起子・南 成祐・後藤雄一

住 所 〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1

所属機関 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター

筋ジストロフィー患者登録センター遺伝子解析部門 (DNA 診断・治療室内)

電 話 042-341-2711 (内線 5813)、042-346-1770 (直通)