

同意書

東北大学病院長 殿

私は、「重症外傷患者に対する制限輸血戦略 クラスターランダム化クロスオーバー非劣性試験」について、担当医師から、以下について説明を受けました。

<input type="checkbox"/> 1. 医学系研究について	<input type="checkbox"/> 11. 将来の研究のために用いる可能性／ 他の研究機関に提供する可能性
<input type="checkbox"/> 2. この研究の背景について	<input type="checkbox"/> 12. 研究に関する費用について
<input type="checkbox"/> 3. 赤血球輸血について	<input type="checkbox"/> 13. あなたに守っていただきたい事項について
<input type="checkbox"/> 4. 研究の内容・期間について	<input type="checkbox"/> 14. 研究に関する情報公開および資料閲覧方法
<input type="checkbox"/> 5. この研究に参加しない場合の他の治療方法について	<input type="checkbox"/> 15. 相談窓口
<input type="checkbox"/> 6. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について	
<input type="checkbox"/> 7. 個人情報の保護・研究結果の取扱いについて	
<input type="checkbox"/> 8. 研究資金と利益相反（企業等との利害関係）について	
<input type="checkbox"/> 9. この研究により健康被害が発生した場合の対応について	
<input type="checkbox"/> 10. 研究への参加が中止となる場合について	

十分納得しましたので、本研究に参加することに同意します。なお、同意書の写しを受け取りました。

(本人)

同意年月日 西暦 年 月 日

住 所

氏 名 (Ⓜ) (署名または記名捺印・以下同じ)

(代諾者・本人との関係_____)

(代諾者・本人との関係_____)

同意年月日 西暦 年 月 日

同意年月日 西暦 年 月 日

住 所

住 所

氏 名 (印)

氏 名 (印)

(立会人)

住 所

氏 名 (印)

別紙同意説明文書について、私が説明しました。

担当者 診療科名 救急科 記入年月日 西暦 年 月 日

氏名 (印)

連絡先

2019年11月11日作成 2版

同意撤回書

東北大学病院長 殿

(本人) 郵便番号

記入年月日 西暦 年 月 日

住 所

氏 名 (印)

(署名または記名捺印・以下同じ)

(代諾者・本人との関係 _____)

記入年月日 西暦 年 月 日

住 所

氏 名 (印)

私は、「重症外傷患者に対する制限輸血戦略 クラスターランダム化クロスオーバー非劣性試験」について、同意を撤回します。なお、同意撤回書の写しを受け取りました。