

## 患者さん用

### 同意書

臨床研究課題名： 泌尿器科疾患に対する三重大学医学部附属病院

および関連病院におけるレジストリ研究

#### 【説明事項】

- あなたの病気（症状）について
  - この研究の目的
  - この研究の方法
  - この研究の総研究期間（承認日～西暦2026年3月31日）と参加予定人数
  - この研究の期待される利益および起こる可能性のある危険
  - 研究に参加しなかった場合の他の治療法
  - 研究への参加は、あなたの自由意思です
  - 研究への参加に同意した後でも、不利益を被ることなく撤回することができます
  - この研究に関する情報は随時お知らせします
  - この研究終了後も、情報が保存され匿名化して研究に利用されることがあります
  - 健康被害が生じた場合について
  - 臨床研究の費用について
  - 研究に参加された場合、あなたのカルテなどが閲覧されることがあります
  - 研究結果などが公表される場合でも、あなたのプライバシーは保護されます  
（個人情報管理者 吉川裕美）
  - 研究に関わる費用について
  - 知的財産権について
  - 試料・情報等の保存および使用方法ならびに保存期間
  - この研究が倫理委員会の承認の後に研究科長・病院長の許可のもとで行われていること
  - 研究組織について（研究責任者 吉尾裕子）
  - 研究資金源および利益相反について
- この研究では、奨学寄附金（企業以外）を使用します
- お問い合わせ先

#### 【研究対象者の署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、上記の事項について十分な説明を受け、説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので、本研究に参加することに同意します。

同意日： 年 月 日 患者氏名：（自署）

代諾者：（自署）

【医師・研究協力者の署名欄】

私（たち）は臨床研究について、上記説明事項に関して説明文書を用いて、十分に説明いたしました。

**患者さん用**

説明日： 年 月 日 所属： 氏名：

（自署）

説明日： 年 月 日 所属： 氏名：

（自署）