

同意書

＊＊研究課題名（説明文書タイトルと合わせる）＊＊

患者さんの自署ができない場合においても、**代筆は不可**。記名捺印可。
判読困難な文字の場合、余白に「〇〇〇により（例：書痙など）判読困難であるが、患者〇〇〇〇による自署である。」と記録し、記録者のサイン、日付を追記してください。

ます。また、説明文書と同意書控えを受け取りました。

同意日（西暦）と署名両方の記載が必要

説明日は、同意日より過去の日付か同日です。
（説明日が同意日より未来の日付になることはない）

同意日：_____年____月____日

ご署名：_____ **必ず自署**

代諾者の方

（必要な場合にのみ記入）

説明文書の記載事項について、内容を理解し納得のうえで、以下の患者がこの研究に参加することに同意します。また、説明文書と同意書控えを受け取りました。

同意日：_____年____月____日

ご署名：_____

（患者さんとの続柄：_____）

患者さん氏名：_____

説明者

説明文書の記載事項に基づき、上記の研究内容について説明しました。

<研究担当医師>

説明日：_____年____月____日

署名：_____

医師の署名と説明日の記載は必須

<研究協力者>（補助説明を行った場合）

説明日：_____年____月____日

署名：_____

説明補助者がいない場合は記載不要

