

②

全ての方に返送をお願いします  
締め切り：2020年6月末日

秘

# 健康実態調査 調査票

2020年4月

厚生労働省

□□-□□-□□□□

## 調査の説明

### 3.

# 同意書

厚生労働大臣 殿

私は、健康実態調査の調査票に回答し、かつ、回答内容が厚生労働省及び厚生労働科学研究費補助金による油症に関する研究班で利用されることについて、文書による説明を受け、以下の項目についてその内容を十分理解いたしました。

1. 本調査の結果は治療法開発を含む医学的研究のみに利用されること。
2. 調査に際して、個人情報十分に保護されること。
3. この同意書で表明した調査協力についての判断は自由意思に基づくものであり、その判断は撤回可能であること。※
4. 研究協力の意思を途中で撤回しても、このことによって自治体からのお知らせ等今後の支援について不利益は受けないこと。

※ 調査票の集計が終了していた場合は、集計データを破棄できない場合がある。

その上で、調査に協力するか否か、以下のように判断いたします。

本調査に協力することに、

1. 同意します。
2. 同意しません。



いずれかに○を付けてください。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(ご本人署名) 氏 名 \_\_\_\_\_

ご本人による判断が困難な場合

(代諾者署名) 氏 名 \_\_\_\_\_

回 答 欄

●ご本人について記入してください。

(1) 氏名等をご記入ください。

|          |          |     |      |        |    |         |
|----------|----------|-----|------|--------|----|---------|
| フリガナ     |          |     |      |        | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 氏 名      | (姓)      | (名) | (旧姓) |        |    |         |
| 生年月日     | 明治・大正・昭和 |     | 年    | 月      | 日  | (現在： 歳) |
| 身 長      | cm       | 体 重 | Kg   |        |    |         |
| お住まいの住所  | 郵便番号：〒 - |     |      |        |    |         |
|          | 都道府県     |     | 市区町村 |        |    |         |
| 電話番号     | (固定電話)   |     |      | (携帯電話) |    |         |
| F A X 番号 |          |     |      |        |    |         |
| メールアドレス  | @        |     |      |        |    |         |

(2) この調査にご記入いただくのはご本人ですか？

1. はい

2. いいえ

2. いいえ と答えた方（本調査票の記入者がご本人でない場合）は、以下をご記入ください。

フリガナ

記入者名： (ご本人との関係： )

① ご本人が記入できなかった理由について教えてください。

② 記入に際し、ご本人の情報などをどのように確認したか教えてください。

以下のいずれかに○をつけてください。

1. 本人に直接会って聞き取った

2. 本人に電話で聞き取った

3. 家族に直接会って聞き取った

4. 家族に電話で聞き取った

5. 自分が知っている範囲で記入した

6. その他（ ）

4 / 36

(3) 今後、ご記入



(6)





## &lt;







問

○お









































