

**患者用****臨床研究への協力の同意文書**

東京大学医学部附属病院病院長 殿

臨床研究名:

進行性膠芽腫患者に対する増殖型遺伝子組換え単純ヘルペスウイルスG47Δを用いた遺伝子治療(ウイルス療法)の臨床研究

説明事項

1. 臨床研究について
2. この臨床研究の目的
3. この臨床研究の方法
4. この臨床研究への予定参加期間について
5. この臨床研究への予定参加人数について
6. 試験薬の予想される効果と、起こるかもしれない有害事象および不利益について
7. この臨床研究に参加されない場合の、他の治療方法について
8. この臨床研究中に、あなたの健康に被害が生じた場合について
9. この臨床研究への参加は、患者の自由意思によること
10. この臨床研究に関する情報は、随時ご連絡すること
11. この臨床研究を中止させていただく場合があること
12. この臨床研究に参加の場合、あなたのカルテなどが臨床研究中および後に調査される可能性があること
13. この臨床研究の結果が公表される場合も、あなたの身元が明らかになることはないこと
14. この臨床研究に同意された場合に守っていただきたいこと
15. この臨床研究に参加された場合の費用負担について
16. 担当医師について
17. 相談窓口について
18. その他( )

**【患者の署名欄】**

私はこの臨床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、同意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、本試験に参加することに同意します。

同意日 平成 年 月 日 患者ID: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

**【代諾者の署名欄】(必要な場合のみ)**

私は \_\_\_\_\_ さんが、この臨床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、同意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、本試験に参加することに同意します。

同意日 平成 年 月 日 代諾者氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

本人との続柄: \_\_\_\_\_

**【医師・臨床試験コーディネーターの署名欄】**

私は上記患者に、この臨床研究について十分に説明いたしました。

説明日 平成 年 月 日 所属: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

説明日 平成 年 月 日 所属: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ (自署)