

「20^{さい}歳^{まい}までに^{はっしやう}発症^{けつえき}する^{びやうき}血液^{しやうに}の^{しら}病^{びやう}気^きと小児^{せうに}が^{がん}ん^につ^{いて}い^てし^ら調^{てい}べ^るこ^と」

(20^{さい}歳^{まい}未^み満^{まん}に^{はっしやう}発症^{けつえき}する^{けつえき}血^{けつ}液^{えき}疾^{しつ}患^{かん}と小児^{せうに}が^{がん}ん^に関^{かん}する^{えき}疫^{えき}学^{がく}研^{けん}究^{きゅう})

(^{ほんにんよう}ご本人^ご用^{よう})

^{かんが}考^{かんが}えてみよう



1. はじめに

これからあなたに、「20歳までに発症する血液の病気と小児がんについて調べること」について説明をします。

2. 研究について

これからの説明をよく聞いてこの研究への参加について考えてください。
わからないことがあれば、何でも聞いてください。

3. 研究の内容

今回は、0才から20才までの患者さんに参加してもらう予定です。
あなたの病気の名前、イニシャル、性別、住所、お誕生日、病気にかかった年月日と年齢などを調べます。全国のいろいろな血液の病気や小児がんの患者さんの調べたことをまとめて、病気をもっと理解するための大切な内容にします。この内容は、だれでも見ることができます。

4. 個人情報保護について

お名前や住所などを個人情報といいますが、これは誰の内容かはわかりません。調べたことをまとめて研究のまとめとして発表する場合も、誰の内容かはわかりませんようにします。

5. 研究への参加について

この研究に参加するかは、あなた自身で考えて決めてください。この研究に協力しなくても、何も影響はなく、予定している治療はそのまま行っています。また、参加するとしたあとに、途中で気持ちが変わったら、やめることができます。心配なことがあれば、何でも担当の先生に相談してください。

6. 研究の相談をするところ

○当院の担当医：（病院名）

（名前）

（場所）

（電話番号）

登録研究をまとめているところ

一般社団法人日本小児血液・がん学会 学術・調査委員会

（事務局）

〒112-0012 東京都文京区大塚 5-3-13 小石川アーバン 4F

一般社団法人学会支援機構 内

TEL：03-5981-6011、FAX：03-5981-6012

い し かくにんしよ
意思確認書

けんきゅうめい
研究名：20歳までに発症する血液の病気と小児がんについて調べ

さい み ま ん はっしやう けつえきしっかん しょうに かん えきがく けんきゅう
ること（20歳未満に発症する血液疾患と小児がんに関する疫学研究）

わたし けんきゅう はなし き ないよう
私はこの研究についてお話を聞き、内容がわかりました。

わたし けんきゅう さんか
私はこの研究に参加します。

き ひ ねん がつ にち
決めた日 年 月 日

なまえ
お名前：_____

だんとう せんせい
担当の先生

せつめいび ねん がつ にち
説明日 年 月 日

なまえ
名前：_____