

LOYOLA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
(ロヨラ・ユニバーシティ・メディカル・センター)
イリノイ州メイウッド
研究調査への参加の同意

英語を話さない参加者を対象とした、書面による略式の同意書

参加者の名前： _____

Medical Record Number (診療録番号): _____

プロトコール IRB 番号： _____

あなたは、ある調査研究への参加を依頼されています。

参加に同意される場合は、事前に主治医から、この調査研究の目的、施術、および期間について説明を受ける必要があります。これらには、すべての施術が試験的なものであること、本調査研究から受ける潜在的リスク・不快症状・利点、他の施術または治療から受ける潜在的利点、および、情報の機密性がどのように確保されるかが含まれます。

さらに該当する場合は、治験責任医師からも、傷害を負った場合の補償または治療、リスクの可能性、調査員があなたの参加を中止する可能性がある状況、あなたが負担する追加費用、参加の中止を決断した場合にどうなるか、参加の意思に影響する可能性がある新たな調査結果についていつ知らされるか、および参加者の人数について、説明を受ける必要があります。

参加に同意された場合は、本書の署名済みコピーと、英語で記載された本調査研究の要約が提供されます。

本調査研究に関して質問がある場合は、 _____
(_____) まで、いつでも連絡いただくことができます。

調査の参加者としてのあなたの権利について、あるいは傷害を負った場合にどうすればよいか質問がある場合は、 _____
(_____) までご連絡ください。

本調査研究への参加は任意であり、参加を拒否する、あるいは参加を中止することを決断された場合でも、罰則を科せられたり利益を失うことはありません。

あなたは、本書に署名することで、本調査研究と上記の情報に関して口頭で説明を受けた上で、自らの意思で参加に同意したとみなされます。

参加者の名前

日付

署名の立会証人 日付