

同意書

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科（第一内科・神経内科）
研究等責任者 本村 政勝 殿

【自己免疫性神経筋接合部疾患における自己抗体の検出とその標的抗原の検討】について、別紙説明書を提示の上、口頭で下記1～6の説明を受け、十分理解しましたので、この臨床研究に参加することを同意いたします。

1. 本研究の目的
2. 本研究の方法
3. 副作用、危険性とその対策
4. 個人情報の保護
5. 経済的負担
6. 本研究への自由意思による参加と撤回

御希望の抗体測定にチェックをいれてください。

- アセチルコリン受容体抗体
 P/Q型カルシウムチャンネル抗体
 筋特異的チロシンキナーゼ，MuSK抗体

本研究終了後の試料について 以下のどちらかを選択ください。

- 本研究以外に新たに計画・実施される神経疾患の研究に使用されることに同意します。保存方法はマイナス20度凍結で、その期間は研究期間終了後10年間とします。
 本研究が終了したとき、速やかに試料等を廃棄してください。

同意日 平成 年 月 日

同意者 _____ 印

代諾者 _____ 印
本人との関係()

【自己免疫性神経筋接合部疾患における自己抗体の検出とその標的抗原の検討】について、別紙説明書を提示の上、口頭で上記1～6の説明を十分に行い、上記のとおり同意を得ました。

説明日 平成 年 月 日

所属

説明医師 _____ 印

※本同意書は、研究対象者と担当医師がそれぞれ一部ずつ保管するもの。