**同意書**

同様のものを3枚複写で作成いただき、それぞれに病院保管用、カルテ用、患者さん控え用を入れて下さい

1枚目：病院保管用

2枚目：カルテ用

3枚目：患者さん控え用

**（3枚複写）**

私は　治験記号、治験名などを入れて下さい　の治験に参加するにあたり、治験を担当する医師（治験責任医師または治験分担医師）から本治験の内容について文書により十分な説明を受け理解しましたので，自由意思により本治験に参加することに同意します。

記載項目の順序は治験毎に変えていただいて構いません

* 治験が研究を伴うこと
* 治験の目的
* 治験の方法
* 治験が実施される予定期間
* 治験参加予定患者数
* 他の治療法
* 治験によって得られる利益及び危険性又は不便
* 治験を中止する場合の条件
* 治験に関する新たな情報提供の約束
* 健康被害が起こった場合の補償及び治療
* 記録（カルテなど）が閲覧されること
* プライバシーの保護
* 患者さまへの金銭等支払いの内容
* 患者さまの費用負担の内容
* 治験への参加は自由であり、拒否・撤回も自由であること
* 患者さまに守っていただきたいこと
* 責任医師等の名前・連絡先
* 相談窓口

**同意日　20 年 月 日　　同意者氏名：**

説明日／同意日／同意確認日等、治験毎に適した表記に変更してください

**説明日　20 年 月 日　　治験担当医師：**

**説明日　20 年 月 日　　治験協力者：**

**説明文書・同意書の控をお渡しした日　　20　　年　　月　　日**

**治験参加に伴う負担軽減費の受け取りについて**

**同意します　・　同意しません　　　　※どちらかを○で囲んで下さい**