

患者さんへ

診療に伴い発生する検体、および関連する医療情報/医用画像を、診療(高度医療)・研究目的で保存し、使用することについてのお願い

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 臨床研究センター

国立病院機構長崎医療センターは、高度総合医療施設として、種々の病気に関して高度の医療を患者さんに提供しています。

◆検体の保存の必要性和利用のお願い

より先端の医療知識や技術を活用してより高度の医療を提供するためには、研究室において、血液検体や組織等を用いての特殊な解析を行う必要があります。保険診療ではできない特殊な解析が多く、準備が整った時点で解析させていただくことになります。このため患者さんに新たに肉体的、金銭的なご負担を与えないためには、一般診療として採血させていただいた血液等の検体や採取した組織の一部を保存させて頂く必要があります。

◆お願いする具体的な内容としては、

- 1) 診療目的で採取した検体(血液、組織)の一部を臨床研究センターで保存します。
- 2) あなたのご病気に関して、私どもが必要と判断した場合、より高度の診断、治療を目的としてこれらの保存検体を用いて特殊な解析を行います。その際、あなたには、新たな肉体的金銭的負担を求めることはありません。各種研究費を用いて病院の負担で検査を行います。原則として結果は判明後お知らせします。もしあなたが知りたくなければお教えしません。
- 3) 新たな診断法や治療法の開発を目的として、当院倫理委員会で審査し病院ホームページなどでも公開のうえ、保存検体を利用した研究をさせていただきます。測定して得られた結果に関しては原則としてお教えしませんが、医学の進歩を国民に還元することを目的として、関連する医療情報などと一緒に、学会・医学雑誌等で発表させていただきます。その際にも、我が国の医学研究に関する倫理指針に準拠し、個人情報保護について十分に配慮し、個人が全く特定できない方法を用います。研究が終了した検体に関しては、当院の管理のもと適切に破棄などの処理を行います。

◆以上のお願いにあなたが同意されなかったとしても、そのことで診療上の不利益を受けることはありません。

◆また、一度同意を示された後でも、同意を撤回したい場合には、その旨を主治医に申し付けていただければ、検体の保存を中止し破棄するなど、適切な対応をとります。

以上の点についてご理解いただき、検体(血液、組織等)の保存、その検体の診療・研究目的の利用について、同意していただける方は別紙に署名をお願いします。

◆問い合わせ先 臨床研究センター 電話番号：0957-52-3121(代) 内線：3273

同意書

国立病院機構長崎医療センター院長 江崎 宏典 殿

私は、担当医師より、検体（血液、組織等）の保存、および診療、研究目的での利用に関して説明を受け、理解しましたので、検体の保存とその利用に関して同意します。

本人署名欄

患者氏名： _____

同意日： 平成 年 月 日

説明者氏名： _____

説明日： 平成 年 月 日

もしくは

説明補助者氏名： _____

説明日： 平成 年 月 日