**同 意 書**

東北大学病院長　殿

私は、「重症外傷患者に対する制限輸血戦略　クラスターランダム化クロスオーバー非劣性試験」について、担当医師から、以下について説明を受けました。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 医学系研究について  2. この研究の背景について  3. ○○について  4. 研究の内容・期間について  5. この研究に参加しない場合の他の治療方法について  6. 研究への参加の自由と同意撤回の自由について  7. 個人情報の保護・研究結果の取扱いについて  8. 研究資金と利益相反（企業等との利害関係）について  9. この研究により健康被害が発生した場合の対応について  10. 研究への参加が中止となる場合について | 11. 将来の研究のために用いる可能性／  　　他の研究機関に提供する可能性  12. 研究に関する費用について  13. 遺伝カウンセリングについて  14. あなたに守っていただきたい事項について  15. 研究に関する情報公開および資料閲覧方法  16. 相談窓口 |

十分納得しましたので、本研究に参加することに同意します。なお、同意書の写しを受け取りました。

（本人）

同意年月日　西暦　　年　　月　　日

住 所

氏 名 （㊞）（署名または記名捺印・以下同じ）

（代諾者･本人との関係　　　　）　　　　　　（代諾者・本人との関係　　　　）

同意年月日　西暦　　年　　月　　日 同意年月日　西暦　　年　　月　　日

住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住 所

氏 名 （㊞）　　　　　氏 名 （㊞）

（立会人）

住 所

氏 名 （㊞）

別紙同意説明文書について、私が説明しました。

担当者 　　　　診療科名 救急科 記入年月日　西暦　　年　　月　　日

氏名 (㊞)

連絡先

2018年12月8日作成 1版

**同 意 撤 回 書**

東北大学病院長　殿

（本人） 郵便番号

記入年月日　西暦　　年　　月　　日

住 所

氏 名 （㊞）

（署名または記名捺印・以下同じ）

（代諾者･本人との関係　　　　）

記入年月日　西暦　　年　　月　　日

住 所

氏 名 （㊞）

私は、「重症外傷患者に対する制限輸血戦略　クラスターランダム化クロスオーバー非劣性試験」について、同意を撤回します。なお、同意撤回書の写しを受け取りました。