

本書式は3部作成（原本1部、コピー2部）。ご遺族、医療機関の診療録、愛知医科大学加齢医科学研究所で保管

病理解剖および愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録承諾書

研究責任者 岩崎 靖 殿

患者さんのお名前： _____ 様 （男・女）

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 死亡年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* ご承諾いただける場合は□にチェック[✓]を記入ください

□私は、病理解剖と愛知医科大学加齢医科学研究所ブレインバンクへの登録に協力することに関して担当医師から説明文書をもって以下の項目について十分な説明を受け、自由意思のもとに同意します。

ブレインバンクへ登録いただいた場合には下記項目について実施させていただきます。

①病理解剖

②病理標本の半永久的な保管（標本以外の組織は一定期間が経過した後に火葬に付されます）

③組織検体・診療情報（病歴・画像）の医学研究への活用（患者さんの個人情報是一切明かされず厳重な符号化のもと扱います）

④医学教育（講義、実習、教育出版物）への活用（患者さんの個人情報是一切明かされず厳重な符号化のもと扱います）

* 上記のうちで実施をご承諾しない項目がございましたら下欄にご記入ください。

[_____]

* その他、ご遺族からご要望がございましたら以下に記入ください。

[_____]

* 同意を撤回されたい場合は、説明文書の連絡先までお問い合わせください。登録の取り消しによりご遺族が不利益を被ることは一切ございません。

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご遺族代表のご署名 _____ 亡くなられた方との続柄 _____

ご住所 _____

説明医師署名 _____ 病院名・診療科 _____