

同意書

同意説明文書の版数及び 保管先を記載すること 診療科（部）保管用（1枚目） センター保管用（2枚目） 患者さん保管用（3枚目）

愛媛大学医学部附属病院
病院長殿

私は、_____の臨床試験における_____に
参加するにあたり、試験の目的と方法、予期される効果及び副作用などについて文書により
十分説明を受け理解しました。

今回の試験に参加するのは自由意思に基づくものであり、いつでもこれを撤回し、私に対
する試験の中止を申し出ることができること、撤回した場合でも不利益を受けないことを理
解した上で、本試験に参加することに同意します。

【ご本人】同意日・同意文書(写し)受領日

西暦 _____年 _____月 _____日 署名 _____
生年月日 _____西暦 _____年 _____月 _____日

【代諾者】同意日・同意文書(写し)受領日

西暦 _____年 _____月 _____日 署名 _____続柄 _____
患者氏名 _____代諾者を介する理由 _____

【立会人】

立会年月日 _____西暦 _____年 _____月 _____日 署名 _____続柄 _____
患者同意日 _____西暦 _____年 _____月 _____日 患者氏名 _____
立会人を介する理由 _____

【説明者（治験責任医師・分担医師）】

説明日 _____西暦 _____年 _____月 _____日 _____科（部） 署名 _____

※治験協力者が補足的な説明を行った場合は下記に記入

【説明者（治験協力者）】

説明日 _____西暦 _____年 _____月 _____日 _____署名 _____

注) 治験責任医師または分担医師は記載漏れのないことを確認の上、説明者欄に記入し、一部を診療科用とし
て保管するとともに、一部を臨床研究支援センターへ提出し、一部を同意説明文書と共に同意者に交付する。