

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班
クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス（実地調査）
（および自然歴調査）についての同意確認書

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班

クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長 水澤 英洋 先生

下記の患者について、どちらか一方に チェックをお願いいたします。

- サーベイランス登録研究と自然歴調査研究の双方の研究に
- サーベイランス登録研究のみについて

協力することの同意が得られましたので、ご連絡いたします。

なお、自然歴調査研究への参加同意時に獲得された患者もしくは代諾者の電話番号、電子メールは別に、電話番号先等の提供に関する同意文書【様式 5】とともに事務局にお知らせください。

20 年 月 日

主治医氏名： _____

所 属： _____

記

患者氏名（イニシャル）へボン式（姓・名）： _____ ・ _____

生年月日：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

性 別： 男 ・ 女
（どちらかを○で囲んでください）

同 意 者： 患者本人 ・ 代諾者（本人との関係： _____ ）

※主治医の先生へのお願い

【様式 1】の同意書は、患者の個人情報保護のため、先生の方で保管してください。同意が得られたことを示すために、この確認書（【様式 2】）に必要事項を記入の上、PDF 化して、サーベイランス研究事務局（prion-ncnp@ncnp.go.jp）宛にご送信ください。