

研究協力への同意を撤回される場合

未診断疾患イニシアチブ（Initiative on Rare and Undiagnosed Diseases (IRUD)）「希少・未診断疾患に対する診断プログラム基盤の開発と患者還元を推進する研究」についての説明文書に記載されているとおり、この研究への協力はあなたの意思で決めていただけます。また、一度同意した場合でも、考えが変わった場合には同意を撤回することができます。同意を撤回された場合、説明文書に記載されている通り、試料・情報の廃棄などを速やかに実施します。同意の撤回をされた場合でも、患者さんや血縁者の方に不利益が及ぶことはありません。

もし同意の撤回に関してご不明な点がある場合は、主治医の先生などにご相談いただくか、説明文書の「問い合わせ窓口」にご連絡ください。

同意の撤回を表明される場合には、「研究協力への同意撤回書」に同意書に、同意をされた場合と同様に患者さんまたは血縁者の方、もしくはその代諾者の方のご署名と必要事項等のご記入をお願いいたします。

研究協力への同意撤回書

私は、未診断疾患イニシアチブ（Initiative on Rare and Undiagnosed Diseases (IRUD)）「希少・未診断疾患に対する診断プログラム基盤の開発と患者還元を推進する研究」について研究協力に同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

同意撤回の内容

※該当する同意撤回内容にチェックを付けてください。

- ☐ 私の試料や臨床情報等を、遺伝学的解析を含む本研究に使用されることへの同意を撤回します。
- ☐ 遺伝学的解析結果について、データベースに登録することに関する同意を撤回します。
- ☐ 私の試料を、将来新たに計画・実施される遺伝子解析を含む医学研究に使用することの同意を撤回します。
- ☐ 私の試料を研究終了5年後以降も保管することの同意を撤回します。
- ☐ 私の試料をバイオバンクに寄託することの同意を撤回します。

ご注意：表明されました同意撤回に対し、最大限速やかに対応いたします。ただし「研究協力への同意を撤回される場合」の中で、ご説明いたしておりますように、研究の進捗状況等によってはすべての情報・試料を廃棄することができない場合がありますので、ご理解・ご了承をお願いいたします。

<署名欄>

記入日 令和 年 月 日

氏名（患者またはご家族署名）_____

氏名（代諾者署名）_____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 () _____

※ご家族の方の同意撤回の場合は以下も記載してください。

患者氏名（記名）_____

患者さんとの続柄 _____

作成日：2025年1月10日（Ver. 10. 00）