

チルドレンズ ホスピタル ロスアンジェルス  
調査研究への参加同意書

被験者名: \_\_\_\_\_

カルテ番号: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_

あなた、またはあなたのお子様は、調査研究へのご参加を要請されています。調査研究とは、科学者（医師、看護師、その他の専門家）が、物事がどのように作用するかを理解しようとし、新しい知識を得ようとする手段です。また、調査研究には、肉体の機能の原理、病気の原因、病気の治療方法、または特定の物事に対する人間の思考や感覚などにも関連することがあります。

あなた、またはあなたのお子様が、この調査研究に参加するかを決定される前に、調査員は、あなたに以下について説明する必要があります。(i) この調査研究の目的、行われる活動（手順と呼ばれる）、調査の継続期間。(ii) 実験（テストされること）の手順。(iii) 起こる可能性があるリスク、不快感、この調査の利点。(iv) その他の受ける可能性のある手順または治療。(v) あなたのプライバシーを保護する方法。

調査員は必要に応じて以下についても説明する必要があります。(i) 傷害や被害が発生した場合に得られる支払い金または医学的治療。(ii) 未知のリスクの可能性。(iii) 調査者があなたの参加を中止する可能性がある事態。(iv) あなたに発生する可能性がある追加費用。(v) あなたが参加中止を決定した場合に起こること。(vi) あなたの参加しようという意思に影響する可能性がある新しい研究結果をあなたに説明する時期。(vii) この研究の関係者の人数。

参加に同意していただける場合は、この文書の署名付きコピーとこの研究への承認済み同意書式のコピーを英文でお受け取りいただく必要があります。

この調査について、または傷害を受けた場合にすべきことについてご質問がある場合は、

\_\_\_\_\_の\_\_\_\_\_にお気軽にお問い合わせください。

調査の被験者としての権利についてのご質問がある場合は、臨床研究委員会 ( 323-361-2265 ) にお問い合せください。

この調査への参加は自由意思 ( あなたご自身の選択 ) によるものであり、参加を拒否した場合や参加を中止した場合に、不利を受けたり、利益を失うことはありません。

本文書に署名されることは、上記情報を含めたこの調査研究が、口頭であなたに説明されており、あなたは自由意志での参加に同意されることを意味します。

---

参加者の署名

---

日付

---

親の署名 ( 該当する場合 )

---

日付

---

活字体での立会人の名前/署名

---

日付

*The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.*