

感染症検査の説明と同意書

※こちらの感染症検査は、予定月経開始日の
6～14 日前までに受ける必要があります。

説明者	説明日	受領者	受領日	控え
				<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 郵送

整理番号: _____ - _____

感染症検査の説明書

子宮内膜の再生と増殖に関する研究へのご協力（ボランティア）のお願いをさせていただきましたが、これについてはご家族とも相談の上でお決めください。

もし、ご協力いただける場合には、月経血採取日までに、「HIV・HCV・HTLV・RPR・TP の感染症検査の結果」が出ている必要があるため、予定月経開始日の 6～14 日前までに先に感染症検査だけ実施させていただきます。

- ① この感染症検査にかかる費用はすべて当院で負担します。もし、最終的に研究にご協力いただけない場合でもその費用を請求することはありません。
- ② 過去に同一項目の検査を実施済みであっても、再度検査が必要です。
- ③ 検査結果は患者様にもお渡しできます。
- ④ この感染症検査で陽性が見つかった場合には月経血採取は行わず中止します。
- ⑤ この感染症検査後、次の月経 3 日目に来院し月経血採取をしていただきます。その 3 日目が日曜日の場合に限り 4 日目に来院していただきます。3 日目の来院でも 4 日目の来院でも月経量が少ない場合には採取できず中止となる場合があります。（月経 1・2 日目の採取はできません）
- ⑥ 感染症検査に問題はなく、月経血採取のために月経 3 日目にご来院いただいた後であっても、月経血採取を中止する場合があります。
* 中止の場合は可能な限り前日までの連絡を務めますが、当日その場で中止となる可能性もあります。
- ⑦ 本研究への協力については、配偶者やパートナーにもお話し、承認済みです。

感染症検査の同意書

私は感染症検査、ならびに本研究への協力に際し、上記内容を理解しましたので、感染症検査に同意します。また、不明点や不安な点はすべて解決済みです。

医療法人社団暁慶会 はらメディカルクリニック院長 原利夫 殿

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妻氏名（自署） _____ 診察券番号（ _____ ）

当院記入欄