

様

「岐阜県ロービジョンケアネット(岐阜うかいネット)運用」に関して  
協力同意を確認する文書

代表者:

岐阜県眼科医会 会長 佐久間仁

岐阜アソシア 歩行訓練士 棚橋公郎

題目:岐阜県ロービジョンケアネット(岐阜うかいネット)運用に関して

説明を受け、理解した項目:

- 代表者の氏名と職名および研究の名前
- ロービジョンケアについての説明
- 協力は任意であり、いつでも文書により同意が中止できること。また、同意しないことや中止の申し出により不利益な対応を受けないこと。
- 患者さんの利益並びに必然的に伴う不快な状態
- この事業に関わる組織について
- 希望すれば計画書の開示が可能であること
- 個人情報の取り扱い
- 本事業による知的財産権は患者さんには帰属しないこと
- 費用負担
- 本事業終了後の結果の2次利用について
- 問い合わせ、苦情の受付先

以上、説明文書を用いて説明を受けた内容についてチェックを入れて確認します。

説明年月日:           年   月   日

説明者の職名および氏名:

「岐阜県ロービジョンケアネット(岐阜うかいネット)」への参加同意書

岐阜うかいねっと 様

上記の研究協力についての意思を明らかにします。  
(「はい」または「いいえ」に○を付け、署名捺印してください。)

協力への同意について：  
眼科的検査およびロービジョンケアのデータを解析されることに同意します。

・ はい      ・ いいえ

同意年月日：      年      月      日

本人署名：

---

住所：

代筆者：

続柄

---

住所：

\*本意思の確認書のコピー一部を必ずお受け取りください。