説明文書の案をご作成いただく際には、以下の項目については必ず記載いただく様お願い致します。

【記載項目】（順不同）
1.　治験とは

2.　治験に参加することで良いこと、良くないこと

3.　治験参加の同意について

4.　あなたの病気について

5.　治験の目的と治験薬について

6.　対象となる患者さん

7.　治験の方法

(1)　スケジュール

(2)　検査の内容

(3)　採血回数・採血量

8.　治験への参加予定期間

9.　治験に参加される患者さんの予定人数

10.　予測される副作用について

11.　守っていただきたいこと

12.　他の治療方法の有無及びその治療方法の効果と副作用

13.　治験薬に関する新たな情報の提供

14.　治験への参加中止について

15.　健康被害が発生した場合の補償及び治療

16.　プライバシーの保護

17.　治験に参加された場合の費用

18.　治験審査委員会について

　　　　　名称：独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院治験審査委員会

設置者：病院長

所在地：愛知県名古屋市南区三条１－１－１０

19.　治験の相談窓口

　　　　　臨床研究支援センター

（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　中央棟　6階）

連絡先：平日８：３０～１７：１５（電話）０５２－６９１－７１５１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（内線）５６１８

ホームページアドレス：https://chukyo.jcho.go.jp/

治験責任医師　氏名：

同意文書について、被検者が未成年の場合は代諾者の署名欄は二人分記載できるように設けてください。

代諾者の署名が一人でも治験の実施は可能ですが、できる限り両親の同意を得る必要があるとの当院の考えからです。