

同意書

担当医師 殿

私は「カラーコンタクトレンズによる眼障害の発生状況に関する実態調査」について、以下の項目について十分説明を受けました。

- 1 研究の意義・目的
- 2 研究対象
- 3 研究期間
- 4 研究方法
- 5 予想される結果
- 6 研究参加者の期待される利益・予想される不利益
- 7 研究参加の同意と撤回権
- 8 費用負担・研究費
- 9 個人情報の保護
- 10 研究成果の取扱い
- 11 研究終了後の資料・試料の取扱い
- 12 問い合わせ先

上記の全ての説明事項について理解した上で、本研究に参加することに同意致します。

氏名：_____（署名） 平成____年____月____日

年齢____歳 性別 男 女 （該当する方にしてください）

担当医師名：_____（署名） 平成____年____月____日

18歳未満の患者さん（保護者への説明）

口頭アセントを取得（6歳以上） した しない 該当しない