

好中球の数が少ない原因  
についての研究  
(好中球抗体)



# 1 この研究の目的

好中球はあなたの体の中で働く細胞の一つで、主に悪い菌から体を守ってくれています。この研究は好中球の数が少ない患者さんの血液から情報を集め、原因を考え、もっとよい診断や治療の方法を見つけることを目的としています。

## 2 この研究に参加いただけの方

この研究に参加いただけの方は、好中球の数が少ない方です。

## 3 この研究の方法

この研究では、あなたから 2mL の血液を取って検査を行い、好中球に関する情報を教えていただきます。

## 4 研究で行うこと

この研究に参加したら、あなたのことについて、次のことを教えていただきます。

< 教えていただくこと >

- ・ 名前
- ・ 年齢
- ・ 性別
- ・ 病気の程度

## < 腕から血液を取らせてもらいます >

あなたの腕から血液を取って検査をして、なぜあなたの好中球の数が少ないか、先生がくわしく調べます。

検査が終わった後に、血液が余っていたら、もしあなたがよければ、好中球の別の研究をするため、捨てないで保存しておきます。あなたが好中球の別の研究に使われるのが嫌であれば、捨てます。

## 5 あなたから教えてもらったこと

- あなたから教えてもらったことは、大切に研究で保管いたします。
- あなたから教えてもらったことは、さらに他の研究に役立てるために、別の研究に使われることがあります。
- あなたから教えてもらったことは、研究とは関係のない人に教えることはありません。

## 6 個人情報の保護

あなたから教えていただいた個人情報（名前や年齢、性別など）は、外部にもれないように大切に保管します。

あなたの個人情報は、誰の個人情報かわからないようにシステムで暗号化して保管します。

また個人情報はID番号を付けて保存するので、万が一、外部にもれても誰の個人情報かわからないようになっています。

## けんきゅう さんか 7 この研究の参加あるいは不参加について

< あなたがこの研究に参加したとき >

- 好中球の数が少ない原因が解明され、もっとよい診断や治療の方法がみ見つかるかもしれません。
- 好中球の研究がより速く進むかもしれません。
- その結果、あなたやあなたのご家族をはじめ多くの人に役立つ可能性があります。
- この研究に登録することで、過去の病気のことや症状を質問されて、つらい経験を思い出したり、気分を悪くすることがあるかもしれません。
- この研究に参加することで、参加しなかったときよりも、血液を少し多く取ることがあります。
- 万が一、登録した情報を管理しているシステムが持ち出されて、あなたの登録した情報が外部に出てしまっても、名前などの個人情報を特定できないようにしてあるので、あなたの個人情報が他の人に知られることはありません。
- この研究にあなたの情報を提供いただいてもお礼はありません。

< あなたがこの研究に参加しなかったとき >

- 先生やあなたが通う病院との関係が変わったり、あなたが損をしたりすることはありません。

- あなたの治療の方針が変わることはあります。

## 8 この研究はいつまで続くのか？

この研究は2035年3月まで続けます。

もし途中で研究に参加し続けることがいやになったら、いつでも研究への参加をやめることもできます。

やめたくなったときには、先生や家族の方に話してください。

## 9 この研究に参加しますか？

あなたが確認書に日付とお名前を署名することで、研究への参加の意思を表したことになります。

あなたの自由な意思で参加するかどうかを、決めていただくことが大切です。

また参加することについて、わからないことがあったら、先生や家族の方に相談してください。

## 10 この研究で心配なことは聞いてください

この研究でわからないことや心配なこと、いやなことがあったら、いつでも先生に聞いてください。

先生の名前	
病院の名前	
電話番号	

# 【 確認書 】

研究名

好中球の数が少ない原因についての研究

(好中球抗体)

私はこの研究について、説明を聞きました。

私はこの研究に参加します。

参加を決めた日

年

月

日

名前

説明日

年

月

日

担当医師名

説明した人

※ この同意書のコピーを必ずもらい、説明文書と共に大切に保管して下さい。

けんきゅう  
研究をやめる確認書

けんきゅうめい  
研究名

こうちゅうきゅう かず すぐ げんいん  
好中球の数が少ない原因についての研究

こうちゅうきゅうこうたい  
(好中球抗体)

わたし けんきゅう さんか  
私はこの研究の参加をやめます。

やめることを決めた日

ねん  
年

がつ  
月

にち  
日

なまえ  
名前

※ この同意撤回書のコピーを必ずもらい、大切に保管して下さい。