

先進的研究検査申込書、兼同意書

本検査は血液・尿・唾液・その他体液等を採取し、免疫物質・腫瘍細胞・DNA・RNA・菌・ウイルス・ゲノム・その他物質等の有無・濃度、病状・病態の把握・測定・解析等を目的とした先進的な研究検査です。本検査の申込をご希望の場合は下記内容をよくご確認し、内容を理解・了承の上、本検査にお申込みを行って下さい。

検査の内容

本検査は、現在の標準的な検査方法では把握・測定・解析等が難しい難治性疾患の治癒をめざす研究検査です。対象物に対して各種の先進的な検査技術を用いて測定します。各検査の詳しい内容は担当医師にご確認いただくほか、各検査の概要書面及び重要事項確認書などをご参照ください。

- ・本測定は、ガンやその他の病態や病変を 100 パーセント検出するものではありません。
- ・本検査で未検出であっても、ガンや病変が無いという保証はありません。
- ・本測定の結果をもってガンや疾病と断定するものではなく、また、将来ガンや疾患に罹患しない事をお約束するものではありません。
- ・測定結果が陰性であってもガンや疾患に罹患していないことを証明するものではありません。
- ・本検査の測定結果は CT・MRI 等の画像検査や各種マーカー検査等、他の検査結果と併せて総合的に医師が判断を行います。本検査結果に関しても担当医師にご相談ください。
- ・同意書記入：内容をよく理解し、検査を受けられるご本人が本同意書に署名してください。
- ・結果報告：(通常 1～2 週間以内※ただし外国での検査は 1～2 か月を要する場合があります)
- ・自己負担：本検査は自由診療の先端検査であるため費用は全額自己負担となります。
- ・検査精度：各検査に用いる技術は研究用に開発されたもので検査の精度には限界があります。
- ・採血条件や輸送状態等により正しい検査結果が得られない可能性があることをご理解ください。

※注意・確認事項

- 本検査はリスク判定の目安や病状・病態の把握の補助としてご利用ください。本検査による検査結果は病名・症状を診断するものではない事を理解し了承致します。
- 本検査の結果に係らず、不安に思われる方は医療機関を受診してください。検査結果は通常診療のために供するものではないので、診察にあたっては医師の指示に従い改めて必要な検査等を受けてください。
- 天候・天災、交通事情、不慮の出来事等により検査結果が得られない場合や再検査となる場合がある事を了承致します。また、本検査を利用することにより生じたあらゆる損害については理由の如何を問わず当会（一般社団法人日本先進医療臨床研究会）、検査所、関係各所、担当医療機関・担当医師は一切責任を負うことができない事を理解し了承致します。
- 研究検査という本検査の性質から、本検査によって得られたデータや画像、イニシャルを含む資料等は論文や学会発表、医学研究等、医学と医療の発展のために、個人が特定できないような配慮がなされた上で公開される場合があることを理解し了承致します。

私は、本検査を受けるにあたり、以上の内容について十分に理解し、承諾致しましたので、本検査を受けることに同意致します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人様氏名（署名） _____