

治験依頼者 各位

同意説明文書については、下記の内容を遵守し作成してください。

文言の統一	
<input type="checkbox"/>	病院 ⇒ 当センター
<input type="checkbox"/>	患者様 ⇒ 患者さん

ヘッダー	
<input type="checkbox"/>	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

必須項目（原則独立した項目番号を付与すること）	
<input type="checkbox"/>	<p>●知的財産権について</p> <p>この治験の結果が特許権等の知的財産を生み出す可能性があります。その場合の知的財産権は治験依頼者に帰属します。この治験に参加していただいた患者さんに、この権利が生じることはありません。</p>
<input type="checkbox"/>	<p>●利益相反について</p> <p>臨床試験における、利益相反とは「主に経済的な利害関係によって公正かつ適正な判断が歪められてしまうこと、または歪められているのではないかと疑われかねない事態」のことを指します。具体的には、製薬企業や医療機器会社から研究者に提供される謝金や研究費、株式、サービス、知的所有権などがこれに当たります。</p> <p>この治験は、治験依頼者である〇〇〇〇（依頼者名）から治験契約書により資金提供および治験薬の提供を受けて実施しています。治験を実施するにあたり、〇〇〇〇（依頼者名）との利害関係は「大阪はびきの医療センター利益相反ポリシー」に従い、「大阪はびきの医療センター利益相反委員会」において適切に審査・管理されています。</p>

負担軽減費について	
<input type="checkbox"/>	「7,000 円」と記載する。
<input type="checkbox"/>	<p>内容については、下記と同じ趣旨の文章を記載してください。記載のない場合は、前後の文脈に合わせて追記してください。</p> <p>治験に参加していただくと、通常の診療よりも来院回数が増えて、負担が増える可能性があります。この治験では、治験参加のための来院ごとに 7,000 円（負担軽減費）をお支払いします（入院の場合は1回の入退院につき）。</p> <p>なお、この治験期間中の負担軽減費の費用などは治験を依頼した製薬会社が負担しますが、支払いは当センターが行います。</p> <p>この治験に参加される方へお支払いする負担軽減費は税法上の雑所得にあたります。その他の雑所得を含め年間で総額が 20 万円を超えた場合は、確定申告が必要になります。</p>

担当医師の連絡先、相談窓口について

<input type="checkbox"/>	<p>内容については、下記と同じ趣旨の文章を記載してください。記載のない場合は、前後の文脈に合わせて追記してください。</p> <p>あなたの権利や治験についてもっとお知りになりたい場合や、この治験の健康被害の補償制度についてご質問がある場合、また、この治験について何か心配事や相談等がある場合には、治験担当医師[または治験担当スタッフ]にご遠慮なくお尋ねください。</p>
<input type="checkbox"/>	<p>連絡先は、下記の内容で統一してください。</p> <p>※「治験管理室」は当センターCRC 所属部署です。外部 CRC の場合は「治験相談窓口」等とし、電話番号・受付時間も担当 CRC にあわせた記載をお願い致します。</p> <p>あなたの治験担当医師や相談窓口の連絡先は次のとおりです。</p> <p>医療機関の連絡先：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 072-957-2121（代表）（夜間・休日対応）</p> <p>治験責任医師：〇〇科（氏名） 治験担当医師：〇〇科（氏名） 治験管理室：担当（氏名） 072-957-8313（直通）（平日 9：00～15：45）</p>

治験審査委員会について

<input type="checkbox"/>	<p>内容については、下記と同じ趣旨の文章を記載してください。記載のない場合は、前後の文脈に合わせて追記してください。</p> <p>また、この治験について審査する治験審査委員会の手順書や委員名簿、会議の記録の概要を確認することができます。[これらの文書は、当センターのホームページで公表されています。/これらの文書の閲覧を希望される場合は、治験担当医師[または治験担当スタッフ]にお申し出ください。]</p>
<input type="checkbox"/>	<p>下記の内容で統一してください。</p> <p>治験審査委員会の名称：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 治験審査委員会</p> <p>治験審査委員会の種類：実施医療機関の長が設置した治験審査委員会</p> <p>治験審査委員会の設置者：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター院長</p> <p>治験審査委員会の所在地：大阪府羽曳野市はびきの 3-7-1</p> <p>ホームページアドレス：https://www.ra.opho.jp/department/clinical-research/clinical-trial/</p>

同意書

<input type="checkbox"/>	同意書宛名 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 院長 様
<input type="checkbox"/>	3枚綴りで作成し、各右上に下記表の文言を記載する 1枚目 カルテ用 2枚目 治験事務局用 3枚目 患者さん用

負担軽減費の銀行振込用紙（様式（は）11）

<input type="checkbox"/>	同意書3枚綴りの後ろに、2枚綴りで作成する。各右上に下記表の文言を記載する。 1枚目 治験事務局用 2枚目 患者さん用
--------------------------	---

同意撤回書

<input type="checkbox"/>	IRB、倫理委員会でも求められていますので作成をお願いします。 (院内書式はございません)
--------------------------	--