



国立精神・神経医療研究センターブレインバンク (NCNPBB) 献脳生前登録事務局
〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1
国立精神・神経医療研究センター内
電話 042-346-1868, ファックス 042-346-1889
ホームページ: <http://www.brain-bank.org>

国立精神・神経医療研究センターブレインバンク NCNP Brain Bank (NCNPBB) への献脳生前登録（献脳ドナー登録）に関する同意文書

（ドナー登録用, NCNPBB IC1-2）平成28年12月21日修正

＜重要＞ 献脳生前登録は同意能力に障害がない方に限ります。“認知症症状のために日常生活において自立困難な状態の場合”は、同意能力に障害があると判断します。ご自分が当てはまるかどうか迷う場合はかかりつけ医に判断を求めてください。また、精神疾患の患者様の場合もかかりつけ医に登録の判断を求めて下さい。御自身で署名が難しい場合は代筆が可能ですが、代筆者のお名前と住所のご記入をお願いいたします。

国立精神・神経医療研究センターブレインバンク (NCNPBB) 運営委員会 委員長 殿

私は国立精神・神経医療研究センターブレインバンク献脳生前同意登録（献脳ドナー登録）について、その目的、方法、不利益、研究使用等について説明文書をもとに十分理解しました。ついては、次の条件で献脳ドナー登録と研究協力を同意します。

I. 説明を受け理解した事項 （□の中にご自分でレを付けて下さい）

- 目的
- 方法
 - 献脳ドナー登録の方法
 - 献脳ドナー登録者が死亡された場合の手順
 - 遺族の同意により病理解剖が行われ検体が国立精神・神経医療研究センターブレインバンクに提供され
ること
- 臨床情報の収集
- 国立精神・神経医療研究センターブレインバンクでの検体の保存について
- 病理解剖の可能な地理的な範囲について
- 個人情報の保護方針
- 予想される利益・不利益とその対処
- 同意しない場合も不利益を受けないこと
- 同意の撤回

住所 _____

(注:登録時にはご家族の署名は必須ではありません)

ご家族のお名前 _____ (続柄 _____) 日付 _____年____月____日

住所: _____ 電話 _____

(注:登録時には医師の署名は必須ではありません. 同意能力があることを判断したときは署名してください)

臨床担当医など関係する医師 氏名 _____日付 _____年____月____日

医療機関名: _____ 職名 _____ 電話 _____

(注:事務局コーディネーターが電話や面接で説明した場合に記入します)

説明者氏名 _____ 職名 _____ 日付 _____年____月____日