

# 不 同 意 確 認 書

患者保管用

慶應義塾大学医学部  
医学部長 末松 誠 殿

私は「Calciphylaxis Registryによるcalciphylaxis発症要因・予後の調査・研究慢性透析患者におけるワルファリン内服が臨床経過とcalciphylaxis発症におよぼす影響の観察研究」について、(説明をした者の氏名\_\_\_\_\_)  
より説明文書を用いて説明を受け、研究の目的と方法、私が協力して行う次の  
研究協力事項とその危険性、について理解し、研究協力に不同意とします。

年 月 日

(署名または捺印) \_\_\_\_\_

(代諾者が署名した場合は、本人の氏名と本人の関係) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

研究実施責任者 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_

# 不 同 意 確 認 書

施設保管用

慶應義塾大学医学部  
医学部長 末松 誠 殿

私は「Calciphylaxis Registryによるcalciphylaxis発症要因・予後の調査・研究慢性透析患者におけるワルファリン内服が臨床経過とcalciphylaxis発症におよぼす影響の観察研究」について、(説明をした者の氏名\_\_\_\_\_)  
より説明文書を用いて説明を受け、研究の目的と方法、私が協力して行う次の研究協力事項とその危険性、について理解し、研究協力に不同意とします。

年 月 日  
(署名または捺印) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

研究実施責任者 \_\_\_\_\_  
説明者 \_\_\_\_\_

# 不 同 意 確 認 書

カルテ添付用

慶應義塾大学医学部  
医学部長 末松 誠 殿

私は「Calciphylaxis Registryによるcalciphylaxis発症要因・予後の調査・研究慢性透析患者におけるワルファリン内服が臨床経過とcalciphylaxis発症におよぼす影響の観察研究」について、(説明をした者の氏名\_\_\_\_\_)  
より説明文書を用いて説明を受け、研究の目的と方法、私が協力して行う次の研究協力事項とその危険性、について理解し、研究協力に不同意とします。

年 月 日  
(署名または捺印)

\_\_\_\_\_

住所

\_\_\_\_\_

電話

\_\_\_\_\_

研究実施責任者

\_\_\_\_\_

説明者

\_\_\_\_\_