

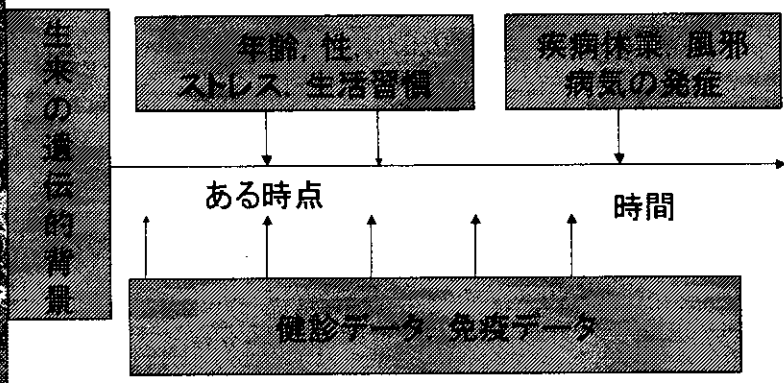
免疫研究でわかること

ある一時点の、ストレスや生活習慣の情報から
免疫の高低や病気の発症などを
計算式で予測する

ある一時点の、ストレスや生活習慣、免疫の情報から
病気の発症などを
計算式で予測する

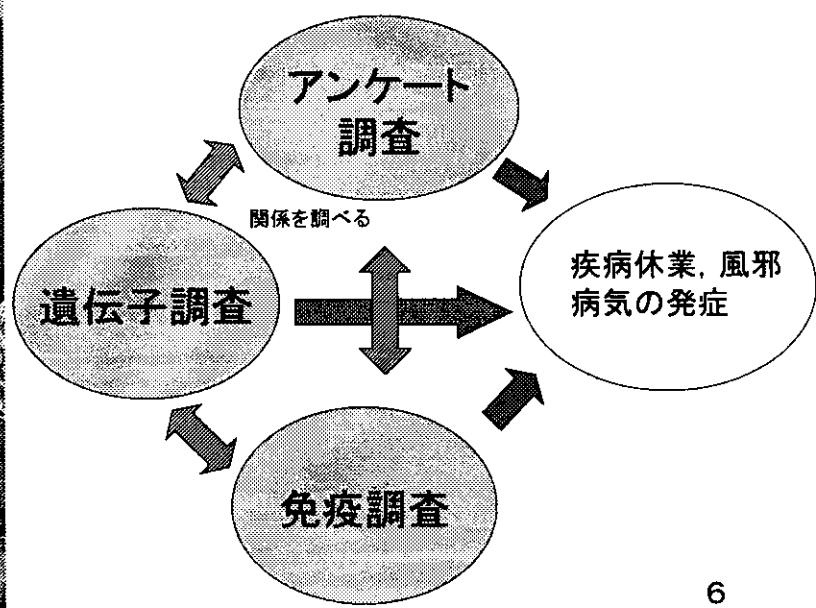
4

免疫遺伝子研究



5

免疫遺伝子研究



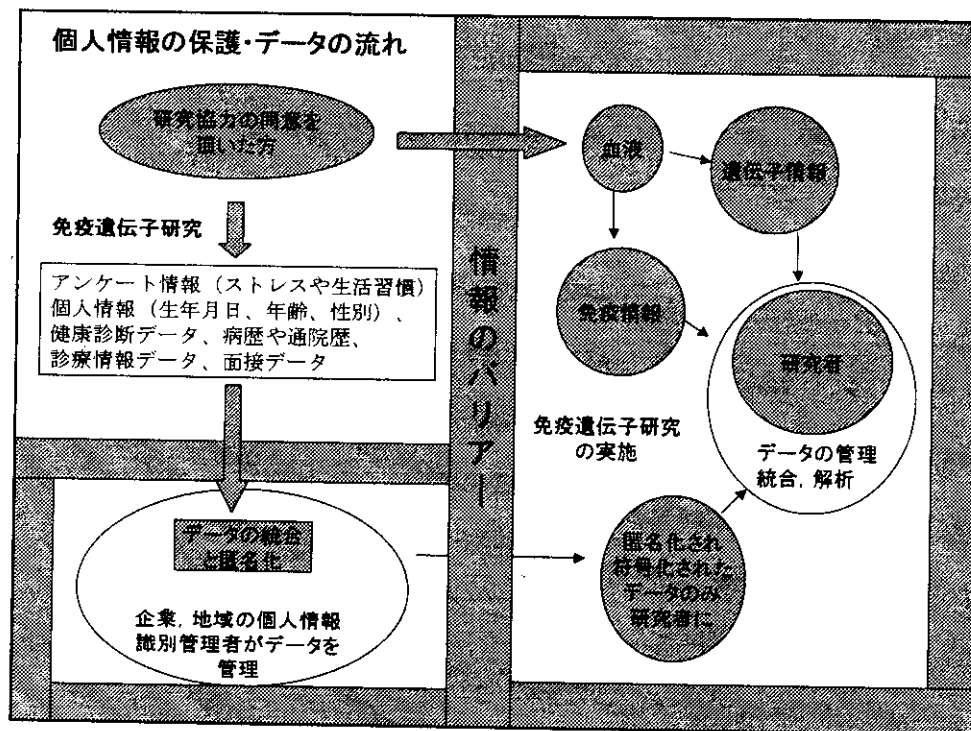
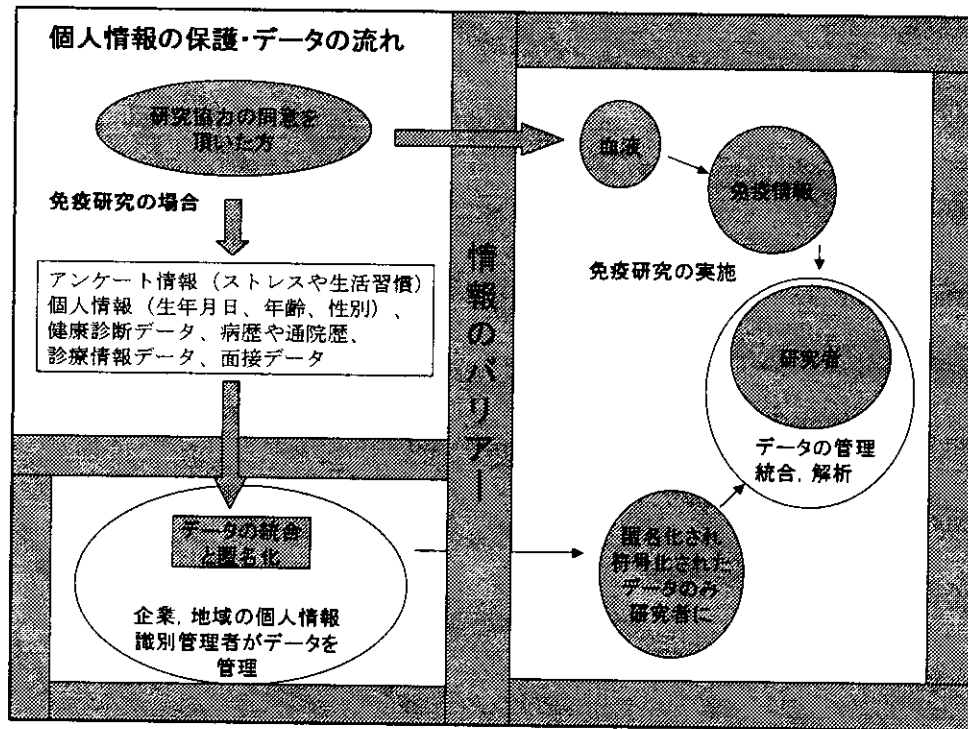
6

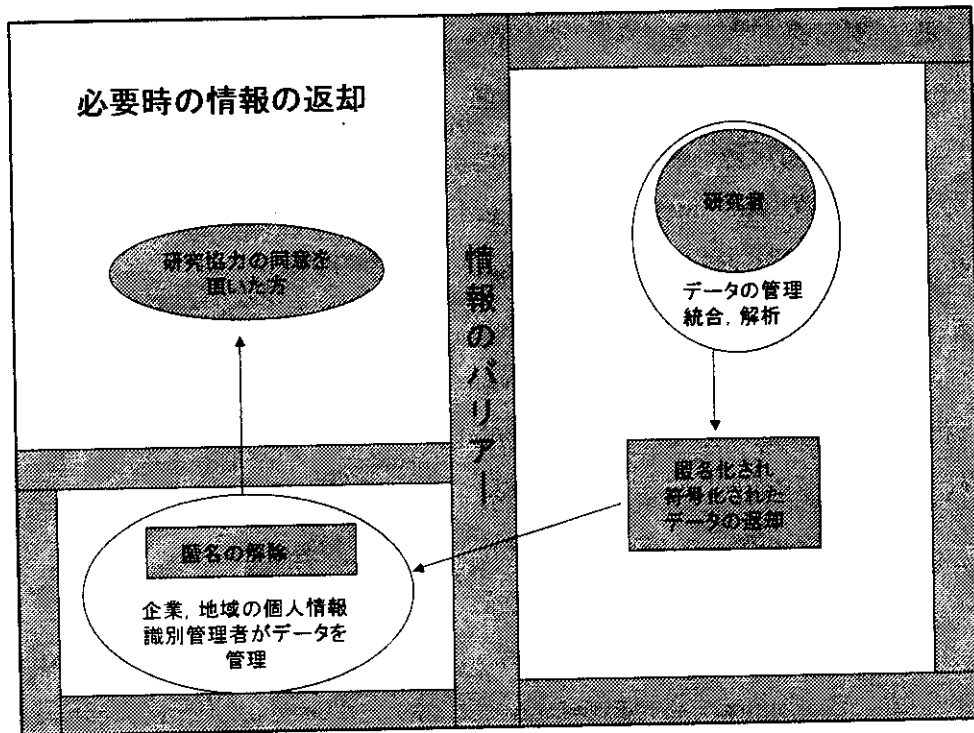


免疫遺伝子研究でわかること

遺伝子情報のデータと、ある一時点の、ストレスや生活習慣の情報から
免疫の高低や
病気の発症などを計算式で予測する

遺伝子情報のデータと、ある一時点の、ストレスや生活習慣、免疫の情報から
病気の発症などを計算式で予測する





健康度の測定法及び計算式の開発に関する

免疫解析研究への協力の同意文書

国立精神・神経センター精神保健研究所

心身医学研究部 川村 則行 殿

私は免疫研究（健康度の測定法及び計算式の開発に関する研究）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、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。ついては、次の条件で研究協力に同意致します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分で レを付けて下さい。）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 免疫の分析を行うこと | <input type="checkbox"/> 免疫解析結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 | <input type="checkbox"/> 研究成果の公表 |
| <input type="checkbox"/> 研究目的 | <input type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 研究方法 | <input type="checkbox"/> 研究終了後の保管 |
| <input type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益および不利益 | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護 |
| <input type="checkbox"/> 遺伝子解析を行わないこと | <input type="checkbox"/> 診療情報の関係機関からの提供 |

研究協力への同意（説明を受け理解した項目の全ての□に レを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○を付け、署名して下さい。）

提供する生体試料等が、免疫研究に使用されることに同意します。

はい いいえ

2-1. 本研究が終了した時、速やかに試料を廃棄してください。

はい いいえ

2-2. 提供する生体試料等が、本免疫研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される、健康度の測定法及び計算式の開発に関する分析を主たる目的とする医学研究に使用されることに同意します。

はい いいえ

2-3. 提供する生体試料等が、本免疫研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される、他の遺伝子の分析を主たる目的とする医学研究に使用されることに同意します。

はい いいえ

本人氏名（自著）_____

年齢 _____

当方からのお知らせを希望する場合は住所：（住所変更の際には再度住所をご連絡ください）

〒 _____

医師記入欄：説明者の氏名(自著) _____

施設名 _____

(備考) 本研究は、今後5年間続けられる予定です。その間、本同意書に記入した意思表示が、途中で変わった場合は改めて、同意書を作成いたします。

健康度の測定法及び計算式の開発に関する遺伝子免疫解析研究への協力の 同意文書

国立精神・神経センター精神保健研究所

心身医学研究部 川村 則行 殿

私は遺伝子免疫解析研究（健康度の測定法及び計算式の開発に関する研究）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、その方法、危険性、分析結果のお知らせの方法等について十分理解しました。については、次の条件で研究協力の同意致します。

説明を受け理解した項目（□の中にご自分でレを付けて下さい。）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 遺伝子と免疫の分析を行うこと | <input type="checkbox"/> 遺伝子免疫解析結果の開示 |
| <input type="checkbox"/> 研究協力の任意性と撤回の自由 | <input type="checkbox"/> 研究成果の公表 |
| <input type="checkbox"/> 研究目的 | <input type="checkbox"/> 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| <input type="checkbox"/> 研究方法 | <input type="checkbox"/> 遺伝子解析研究終了後の試料等の取扱の方針 |
| <input type="checkbox"/> 研究計画書等の開示 | <input type="checkbox"/> 費用負担に関する事項 |
| <input type="checkbox"/> 試料提供者にもたらされる利益と不利益 | <input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリングの体制 |
| <input type="checkbox"/> 個人情報保護の保護 | <input type="checkbox"/> 診療情報の関係機関からの提供 |

研究協力への同意（説明を受け理解した項目の全ての□にレを記入した方は、「はい」または「いいえ」に○を付け、署名して下さい。）

1. 提供する生体試料等が、本遺伝子免疫解析研究に使用されることにのみ同意します。

はい いいえ

（1の「はい」と○を付け、署名した方は、2-1から2-3のどれかを選択し、「はい」または「いいえ」に○を付け、署名してください。2-1、2-2、2-3の全てを記載する必要はありません。）

2-1. 本研究が終了した時、速やかに試料を廃棄してください。

はい いいえ

2-2. 提供する生体試料等が、本遺伝子解析研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される、健康度の測定法及び計算式の開発に関する分析を主たる目的とする医学研究に使用されることに同意します。

はい いいえ

2-3. 提供する生体試料等が、本遺伝子解析研究に使用されるとともに、長期間保存され、将来、新たに計画・実施される、他の遺伝子の分析を主たる目的とする医学研究に使用されることに同意します。

はい いいえ

本研究期間中および終了後5年以内を目処として、本疾患に何らかの関連を有する遺伝子が同定された場合、次のいずれかの□にレを付けて下さい。

- 知らせてください
 知らせないでください

平成 年 月 日

本人氏名（自著）

年齢

当方からのお知らせを希望する場合は住所：（住所変更の際には再度住所をご連絡ください）
〒

医師記入欄：説明者の氏名（自著）

施設名

（備考） 本研究は、今後5年間続けられる予定です。その間、本同意書に記入した意思表示が、途中で変わった場合は改めて、同意書を作成いたします。