



03-4333-0803



(FAX送信してください)

研究検査申込書 (免疫検査/CTC/cfDNA濃度ほか)

※下記ご記入の上、同意書・重要事項確認書・アンケート・検査結果等と共にFAXしてください。

※研究参加に当たり研究協力費を、PayPay銀行 ビジネス営業部 普通 2519873 日本先進医療臨床研究会宛にご入金ください。

(患者情報欄) ID: _____ 申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / (_____) 回目

氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別
		西暦 _____年 _____月 _____日		男・女
住所	フリガナ (〒 _____)			
連絡先	TEL _____ / メール _____			
病名	病名(部位): _____		ガンの場合(ステージ: 0/1/2/3/4/5) 初発/再発(転移部位: _____)	
本日のQOL	・歩き回るのに問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)寝たきり / ・洗面や着替えに問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)出来ない ・仕事や勉強に問題は? (1)ない、(2)多少ある、(3)全く出来ない / ・痛みや不快感は? (1)ない、(2)多少ある、(3)非常にある ・不安や心配・悩みは? (1)ない、(2)多少ある、(3)かなりある / ・最高100点・最低0点で体調を表すと今日は何点? (_____ 点)			

【個人情報保護】ご記入頂きました情報は厳重に管理し、お客様の同意がある場合、または捜査令状・裁判所の命令など正当な理由がある場合を除き、関係各所及び提携企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

【アンケート】※回答欄に○または記述してください(複数回答可)

質問	回答
当会をどこで知りましたか?	<input type="checkbox"/> WEB検索で <input type="checkbox"/> HPで <input type="checkbox"/> チラシ/広告で <input type="checkbox"/> 友人知人から <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> その他: _____
何故この治療を選びましたか?	<input type="checkbox"/> 本や雑誌で情報を得て <input type="checkbox"/> WEBで情報を得て <input type="checkbox"/> 友人知人の紹介 <input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> その他: _____

(検査申込欄)

申込	検査名・必要経費など
	10種免疫検査 (10種のリンパ球、2種の比率測定; 税込55,000円)
	7種免疫検査 (7種のリンパ球、1種の比率測定; 税込48,500円)
	制御性T細胞 (Tレグ) 検査 (FoxP3陽性T-Reg; 税込39,600円)
	CTC検査 (微小流路デバイス法検査; 税込110,000円) □PD-L1 / □HER2 / □AR-V7 / □Vimentin (間葉系細胞)
	セルフリーDNA濃度検査 (cfDNA濃度測定; 税込55,000円)
<input checked="" type="checkbox"/>	(研究検査) 研究協力費 (初回税込5,500円/2回目以降税込3,300円)

※製品代金は担当医療機関または販売会社より請求となります。詳しくは医療機関または販売会社にお問い合わせください。

【直近の病状・検査結果など】

直近の病状・検査結果など	担当医の所見
(担当医療機関/担当医師名)	(連絡先)

研究検査（リンパ球分画/CTC/DNA濃度/他先端検査）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・菌・ウイルス・その他物質の有無及び濃度などの測定を目的とした研究検査です。本検査に参加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

血液・尿・唾液・その他体液等に含まれる免疫関連物質、腫瘍細胞、DNA、菌、ウイルス、その他物質の有無及び濃度などの測定を目的とする研究検査です。対象物質に対して各種先端検査方法を用いて測定します。各検査方法の詳細な内容は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。
- ・同意書の記入 内容をよく理解し、検査を受けられるご本人が同意書に記入してください。
- ・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）
- ・全額自己負担 本検査は自由診療で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（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、医学研究など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） _____