

## 岡山大学病院バイオバンク 検体提供ヒアリングシート

問い合わせNo. : \_\_\_\_\_

記入日	年 月 日
-----	-------

申請者氏名	
所属・職名	
所属先住所	
電話番号	
メールアドレス	

## ●希望される生体試料をご記入ください。

	疾患名	試料の種類	数量 単位	試料の条件 ※1
例	膵臓癌	血液：血漿	15 本	ステージII以上（膵臓癌取扱い規約）、 HBV・HCV・HIV陰性
1				
2				
3				
4				
5				

※1：治療歴の有無、直近の投薬情報、病期分類（臨床ステージ、TNM分類）、など

過去に当バンクより検体の提供を受けたことがありますか？

<input type="checkbox"/> ある	研究課題番号 OC***** 保管試料提供受領書 や 臨床情報ファイル 等に記載	年 月 頃 ※問合No.が分からない場合	<input type="checkbox"/> ない
-----------------------------	---	-------------------------	-----------------------------

備考：※特筆事項がございましたらご記入ください。

過去の提供が「ある」場合、過去に提供を受けた検体の除外を希望されますか？

<input type="checkbox"/> 除外を希望する	<input type="checkbox"/> 除外しなくても構わない
----------------------------------	--------------------------------------

## ●希望される臨床情報※2をご記入ください。

例	患者背景：性別、年齢（検体採取時）
1	
2	
3	
4	
5	

※2：提供可能な臨床情報（例：投薬情報など）は、当院の診療情報のみとなります（他施設で実施された診療情報は基本的には含まれておりません）。

## ●希望される受け取り時期をご記入ください。

年 月 ごろ
--------

※ご希望に添えないことがありますので、予めご了承ください。

注：倫理審査委員会の承認を得ていない研究計画に対しては、検体の提供は行えません。

注：分譲では岡大バイオバンクの同意説明文書・同意書の範囲を超えての利用はできません。