

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. : C

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

申請者氏名	
所属機関・部署・職名	
所属先住所	
電話番号	
メールアドレス	

●希望される試料をご記入ください。

	疾患名	試料の種類	症例数	数量/症例	試料の条件※1
例	膵臓癌	血液：血漿	5症例	2本	
1			症例		
2			症例		
3			症例		
4			症例		

※ご希望の試料の条件として必要な場合はチェックをお願いいたします。

感染症（HIV・HCV・HBV）陰性の試料を希望する
※試料採取日の前後1年以内に診療で実施された検査より確認いたします。

過去に当バンクより試料の提供を受けたことがありますか？

ある 研究課題番号 OC***** 年 月頃 ない
保管試料提供受領書 や 臨床情報ファイル 等に記載 ※研究課題番号が分からない場合

備考： ※特筆事項がございましたらご記入ください。

「ある」の場合、過去に提供を受けた試料は、今回の提供対象から除外しますか？

除外を希望する 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）。

●試料・臨床情報をご利用予定のご研究についてご記入ください。

※該当しない場合には、チェックを外してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	全ゲノム配列及び全エクソン配列の解析
<input checked="" type="checkbox"/>	試料の複製・改変（培養細胞株及びiPS細胞等の増殖が可能な細胞の樹立を含む）

●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、試料・情報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。