

ジストロフィン症（デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー）の患者様へ

神経筋疾患患者登録

Remudy Registry of Muscular Dystrophy

神経筋疾患患者登録センター

レ ム デ ィ ー

Remudy



登録の目的

ジストロフィン症の患者様に新しい治療法を「1 日も早く」届けるため、神経筋疾患患者登録センター（国立精神・神経医療研究センター内）を置き、患者様の連絡先、病状、遺伝情報などの登録を行っています。臨床試験/治験が行われる際には対象となる患者様に短期間で情報をお届けすることができ、新たな治療法の早期確立や新薬の開発につながることを目指します。

登録対象となる患者様

ジストロフィン症（デュシェンヌ型・ベッカー型筋ジストロフィー）で、**遺伝子検査で診断が確定している方**です。遺伝子検査をしていない患者様は、**遺伝子診断が確定してからの登録**をお願いいたします。現在遺伝子検査は保険診療でできるようになっています。

登録の流れ

書類の準備

研究説明文書（患者様用）をお読みいただき、登録に必要な書類一式（①患者登録用紙、②患者様用同意文書、③医師用同意文書）をダウンロードします。受診の際に用紙を持参し、主治医の先生にご相談ください。

研究説明文書（患者様用）

https://remudy.ncnp.go.jp/assets/pdf/dystrophinopathy/setsumei_pa_dys_a.pdf

ジストロフィン症 登録書類一式ダウンロード

https://remudy.ncnp.go.jp/assets/pdf/dystrophinopathy/all_touroku_dys_a.pdf

書類の郵送

④患者様ご本人の遺伝子診断結果のコピーと記入済みの①～③の書類を同封し Remudy 事務局へ郵送してください。（遺伝子診断結果をお手元にお持ちでない場合は主治医の先生にご相談ください。）



書類のチェック

書類が到着しましたら、Remudy 事務局および専門の医師が書類のチェックを行います。



登録完了

全ての内容が確認できましたら、登録完了です。簡易書留にて Remudy カードをお送りいたします。

※書類のダウンロードが出来ない場合、事務局より郵送することも可能です。

その際はお手数ですが事務局までご連絡をお願いいたします。

※書類の内容に不備があった場合は、お手紙またはお電話にて患者様もしくは主治医の先生へご連絡を差し上げることがございます。

※登録完了までおよそ 2～3 ヶ月をいただいております。



書類の送付先およびお問合せ先

〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立精神・神経医療研究センター Remudy 事務局

TEL/FAX : 042-346-2309 (直通)

MAIL : remudy@ncnp.go.jp



郵送同封書類チェックリスト

Remudy に新規患者登録をされる際、同封していただく書類は下記の通りになります。

※2.の研究参加の同意文書（患者様用）をご記入いただく前に必ず研究説明文書（患者様用）をお読みください。

1. ☐ ジストロフィン症患者登録用紙

2. ☐ ジストロフィン症 研究参加の同意文書（患者様用）

3. ☐ ジストロフィン症患者登録システムへの協力説明および同意文書（医師用）

4 ☐ 遺伝子診断結果のコピー

☐ その他 ※上記の書類以外に同封するものがございましたらご明記ください。

()

以上、各書類にご記入漏れ箇所はございませんか。医師のご署名は入っておりますでしょうか。

未記入箇所が一つでもある場合は、こちらからお電話等にて確認させて頂いたり、再度郵送して頂いたりする場合がございます。

また、上記の書類は本登録後、更新の際に必要となる場合がございますので、**必ずコピーをして、お手元に保存**して頂くようお願いいたします。

チェックリストの ☒ 欄にチェックを入れ、上記書類と一緒に同封し郵送してください。

（大切な個人情報のため**簡易書留を推奨**しております。）

患者様のお名前 ： _____

ジストロフィン症患者登録システム

～書類送付先～

✂ 切り取ってラベルとしてご利用ください ⇒

187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
Remudy 事務局 宛

記入日 (令和・西暦)	年	月	日	住所(送付先) 〒	—	—
患者氏名 フリガナ ()				▶書類の送付先をご記入ください		
漢字名 :				☐ 自宅 ☐ 入院先 ☐ その他 ()		
生年月日 (昭和・平成・令和・西暦)	年	月	日	電話番号		
性別 男 ・ 女				☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他 ()	連絡希望時間帯 (任意) ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 終日	
病院名 カルテ番号 :				メールアドレス	☐ P C ☐ 携帯・スマートフォン @	

▼ 臨床情報

診断名	☐ DMD : デュシェンヌ型 (13歳未満で歩行不能または予想される)	☐ 女性ジストロフィン症
	☐ BMD : ベッカー型 (17歳以降で歩行不能または予想される)	
	☐ IMD : 中間型 (13-16歳で歩行不能または予想される)	
診断の根拠 複数選択可	☐ 遺伝子診断 ☐ 家族歴から推定 ☐ 筋生検 ☐ その他	詳細 :
家族歴 (同疾患の方)	☐ なし ☐ あり	詳細 : ※ いとこ・祖父母・叔父・叔母・甥・姪などの場合は、必ず父方が母方も明記してください
筋生検	☐ 受けたことがある ☐ 受けたことがない	☐ 陰性(DMD) ☐ 陽性(正常) ☐ 微弱・まだら(BMD) ☐ 未施行
運動機能・歩行機能	☐ 歩行可能 ☐ 歩行機能獲得前 ☐ 歩行不能	☐ 手すりや支えなしで、歩行が可能 ☐ 装具を利用して、歩行が可能 (装具・杖、歩行器、下肢装具など) ☐ 支えなしで、座位がとれる ☐ 支えなしで、座位がとれない
車いす	☐ 未使用 ☐ 現在使用中 ☐ 終日、ベッド上	☐ 一日のうち、部分的に使用 ☐ 一日中使用
ステロイドの投与	☐ 未使用 ☐ 現在使用中 ☐ 過去に使用	▶使用開始 年 月 ~ ▶使用していた期間 年 月 ~ 年 月 まで
ビルテプソの使用 (ビルトラルセン)	☐ 未使用 ☐ 現在使用中 ☐ 過去に使用	▶使用開始 年 月 ~ ▶使用していた期間 年 月 ~ 年 月 まで
その他の DMD治療薬の使用	☐ 未使用 ☐ 現在使用中 ☐ 過去に使用	▶薬剤名 年 月 ~ ▶使用していた期間 年 月 ~ 年 月 まで
心機能	▼現在の状態 ☐ 低下なし ☐ 低下あり ※ 目安は、EF 55% となります。現在の状態に□してください 低下の有無の判断は、数値の目安に沿ってデータの読み換えをさせていただく場合がございます	
	▼左室駆出率(EF) ☐ 検査あり ☐ 未検査	
	検査日 年 月	EF: %

注意 : → 患者さま記入欄 → 医師に確認の上、記入する欄

2枚目(または裏面)も、お忘れなくご記入ください

▼ 臨床情報

心筋症	☐ 治療を受けていない	▼服薬の種類 複数選択可	※種類が不明の場合は、その他に薬剤名を明記ください		
	☐ 現在、治療を受けている	☐ βブロッカー	☐ 利尿剤	☐ ACE阻害薬	☐ ARB
	☐ 過去に治療を受けていた	☐ その他	薬剤名：		

呼吸機能	▼現在の状態	※ 目安は、%FVC 80% となります。現在の状態 に☑してください	
	☐ 低下なし	低下の有無の判断は、数値の目安に沿ってデータの読み換えをさせていただく場合がございます	
	☐ 低下あり		

▼努力肺活量	☐ 検査あり	→	検査日	FVC	%FVC
	☐ 未検査		年 月	ml	%

人工呼吸器	▼状況	▼呼吸器の種類	▼使用の頻度
	☐ 未使用	☐ 鼻マスク	☐ 一日中使用
	☐ 現在、使用中	☐ 気管切開	☐ 一日のうち、部分的に使用

側わん手術	☐ 受けていない	▼手術年齢	
	☐ 受けた		歳

体重	☐ 検査あり	→	検査日	▶ 体重
	☐ 未検査		年 月	K g

遺伝子診断の方法	☐ MLPA法	▼遺伝子診断実施施設名	▼委託検査会社名
複数選択可	☐ 直接シーケンス法	※遺伝子診断を行なった(受けた)全ての病院・施設	※「検査報告書」を作成した全ての会社・施設名
遺伝子診断結果の コピーを必ず添付 してください	☐ サザンブロット法		
	☐ RT-PCR法		
	☐ Multiplex PCR法		
	☐ その他	→	詳細：

遺伝子診断	☐ 欠失	▼ その領域	※該当するエクソン番号に ☑ してください
	☐ 重複	☐ Dp427c	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19
	☐ 欠失と重複	☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39	
		☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59	
		☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79	
	☐ 点変異など微小変異	→	詳細：
	☐ 遺伝子診断を行ったが、変異は確定出来なかった		

血液	☐ 検査あり	→	検査日	▶ 血清CK値 (クレアチンキナーゼ)	CK:
	☐ 未検査		年 月		I U / L

↓ 以下の項目も必ず全てチェックをお願いいたします

年齢が15歳以上の場合、 患者本人に同意能力がありますか？	☐ ある	☐ 15歳未満（0歳～14歳）である
	☐ ない	
あなた(患者)に該当する治験の提案があれば、 提供を希望しますか？	☐ 詳しい情報を提供して欲しい	☐ 今はわからない
	☐ 情報は必要ない	
あなた(患者)は現在、治験に参加していますか？	☐ 現在、参加中	☐ していない・一度も無い
	☐ 過去に参加したことがある	
あなた(患者)は、他のデータベースに登録を したことがありますか？ ※患者会とは異なります	☐ 登録したことがある	☐ 不明
	☐ 登録したことがない	

このデータは原情報に忠実に記入されており、医師の確認のもとに作成されたものであることを証明します。

また、患者情報に不明な点がある場合、患者情報登録部門より問い合わせを受けることに同意します。

病院名
医師署名
(自筆)

署名日

年 月 日

注意： → 患者さま記入欄 → 医師に確認の上、記入する欄発行元：国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
神経筋疾患患者登録センター(Remudy)

記入日 (令和・ <u>西暦</u>) 2024 年 1 月 12 日	住所(送付先) 〒 187 - 8551 ▶書類の送付先をご記入ください ☒ 自宅 ☐ 入院先 ☐ その他 () 東京都小平市小川東町4-1-1
患者氏名 フリガナ (<u>コクリツ タロウ</u>) 漢字名 : 国立 太郎	電話番号 ☐ 自宅 ☒ 携帯 ☐ その他 () 010 - 2345 - 6789 連絡希望時間帯 (任意) ☐ 午前 ☒ 午後 ☐ 終日 メールアドレス ☒ P C ☐ 携帯・スマートフォン kokuritsutaro @ gmail.com
生年月日 (昭和・平成・令和・ <u>西暦</u>) 2010 年 6 月 24 日	
性別 <u>男</u> ・ 女	
病院名 カルテ番号 : (123456-7) NCNP病院	

▼ 臨床情報

診断名	☒ DMD : デュシェンヌ型 (13歳未満で歩行不能または予想される) ☐ BMD : ベッカー型 (17歳以降で歩行不能または予想される) ☐ IMD : 中間型 (13-16歳で歩行不能または予想される)	☐ 女性ジストロフィン症
診断の根拠	☒ 遺伝子診断 ☐ 筋生検 家族歴 (同疾患の方) ☐ なし ☒ あり 筋生検 ☒ 受けたことがある ☐ 受けたことがない	☐ 家族歴から推定 ☐ その他 詳細 : いとこ (母方)、甥 (母方) ※ いとこ・祖父母・叔父・叔母・甥・姪などの場合は、必ず父方が母方も明記してください
運動機能・歩行機能	☐ 歩行可能 ☐ 歩行機能獲得前 ☒ 歩行不能	☐ 手すりや支えなしで、歩行が可能 ☐ 装具を利用して、歩行が可能 (装具・杖、歩行器、下肢装具など) ☒ 支えなしで、座位がとれる ☐ 支えなしで、座位がとれない 歩行不能となった年齢 10 歳 9 ヶ月
車いす	☐ 未使用 ☒ 現在使用中 ☐ 終日、ベッド上	☒ 一日のうち、部分的に使用 ☐ 一日中使用 車いす使用となった年齢 10 歳
ステロイドの投与	☐ 未使用 ☒ 現在使用中 ☐ 過去に使用	▶使用開始 2020 年 7 月 ~ ▶使用していた期間 年 月 ~ 年 月 まで
ビルテブソの使用 (ビルトラルセン)	☒ 未使用 ☐ 現在使用中 ☐ 過去に使用	▶使用開始 年 月 ~ ▶使用していた期間 年 月 ~ 年 月 まで
その他の DMD治療薬の使用	☒ 未使用 ☐ 現在使用中 ☐ 過去に使用	▶薬剤名 ▶使用開始 年 月 ~ ▶使用していた期間 年 月 ~ 年 月 まで
心機能	▼現在の状態 ☐ 低下なし ☒ 低下あり ▼左室駆出率 (EF) ☒ 検査あり ☐ 未検査	※ 目安は、EF 5.5% となります。現在の状態に☑してください 低下の有無の判断は、数値の目安に沿ってデータの読み換えをさせていただく場合がございます 検査日 2023 年 10 月 EF: 52.5 %

注意 : → 患者さま記入欄 → 医師に確認の上、記入する欄

2枚目(または裏面)も、お忘れなくご記入ください

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

神経筋疾患患者登録センター (Remudy) 患者情報登録部門

責任者 : 中村 治雅

▼ 臨床情報

心筋症

☐ 治療を受けていない☒ 現在、治療を受けている☐ 過去に治療を受けていた

▼服薬の種類

複数選択可

※種類が不明の場合は、その他に薬剤名を明記ください

☒ βブロッカー☐ 利尿剤☒ ACE阻害薬☐ ARB☐ その他 →

薬剤名：

呼吸機能

▼現在の状態

☐ 低下なし☒ 低下あり

※ 目安は、%FVC 80% となります。現在の状態 に囚ってください

低下の有無の判断は、数値の目安に沿ってデータの読み換えをさせていただく場合がございます

▼努力肺活量

☐ 検査あり☒ 未検査

検査日

年

月

FVC

ml

%FVC

%

人工呼吸器

▼状況

☐ 未使用☒ 現在、使用中

▼呼吸器の種類

☒ 鼻マスク☐ 気管切開

▼使用の頻度

☐ 一日中使用☒ 一日のうち、部分的に使用

側わん手術

☒ 受けていない☐ 受けた

▼手術年齢

歳

体重

☒ 検査あり☐ 未検査

検査日

2024 年

1 月

▶ 体重

42

Kg

遺伝子診断の方法

☒ MLPA法☐ 直接シーケンス法☐ サザンブロット法☐ RT-PCR法☐ Multiplex PCR法☐ その他

▼遺伝子診断実施施設名

※遺伝子診断を行なった(受けた)全ての病院・施設

AAA病院

▼委託検査会社名

※「検査報告書」を作成した全ての会社・施設名

ABC検査会社

詳細：

複数選択可

遺伝子診断結果の
コピーを必ず添付
してください

遺伝子診断

☒ 欠失☐ 重複☐ 欠失と重複

▼ その領域

※該当するエクソン番号に ☑ してください

☐ Dp427c ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19
☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39
☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☒ 48 ☒ 49 ☒ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59
☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79

☐ 点変異など微小変異☐ 遺伝子診断を行ったが、変異は確定出来なかった

詳細：

血液

☒ 検査あり☐ 未検査

検査日

2023 年

10 月

▶ 血清CK値

(クレアチンキナーゼ)

CK:

9000

IU/L

年齢が15歳以上の場合、
患者本人に同意能力がありますか？☐ ある☐ ない☒ 15歳未満(0歳～14歳)であるあなた(患者)に該当する治験の提案があれば、
提供を希望しますか？☒ 詳しい情報を提供して欲しい☐ 情報は必要ない☐ 今はわからない

あなた(患者)は現在、治験に参加していますか？

☐ 現在、参加中☐ 過去に参加したことがある☒ していない・一度も無いあなた(患者)は、他のデータベースに登録を
したことがありますか？ ※患者会とは異なります☐ 登録したことがある☒ 登録したことがない☐ 不明

このデータは原情報に忠実に記入されており、医師の確認のもとに作成されたものであることを証明します。

また、患者情報に不明な点がある場合、患者情報登録部門より問い合わせを受けることに同意します。

病院名

医師署名
(自筆)

※必ず医師の署名をお願いします

署名日

2024 年 1 月 10 日

注意： → 患者さま記入欄 → 医師に確認の上、記入する欄発行元：国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
神経筋疾患患者登録センター(Remudy)

研究参加の同意文書

研究責任者 中村 治雅 殿

わたしは、「研究課題名：筋ジストロフィー患者登録システムの効率的な運用」に関する下記の事項について、説明文書を用いて十分に説明を受け、理解しました。私の自由意思により、この研究に参加します。(以下のチェックリストに、必ずチェックをつけてください)。

説明を受け理解した項目

- ☐ 1 本研究事業の目的及び意義（説明文書 項目 2, 3）
- ☐ 2 本研究事業の実施方法及び事業の継続期間（説明文書 項目 4, 5, 6, 7）
- ☐ 3 情報の提供に伴う経済的負担について（説明文書 項目 6）
- ☐ 4 情報提供後の同意撤回について（説明文書 項目 7, 12）
- ☐ 5 個人情報等の取扱いについて（説明文書 項目 8）
- ☐ 6 情報の保管及び廃棄の方法について（説明文書 項目 9）
- ☐ 7 頂いた情報の将来的な二次利用の可能性について（説明文書 項目 9）
- ☐ 8 情報を提供された方の研究結果の取扱いについて（説明文書 項目 9）
- ☐ 9 研究事業に関する情報公開について（説明文書 項目 9）
- ☐ 10 生じるかもしれない負担、リスク、利益について（説明文書 項目 10）
- ☐ 11 研究計画書と研究事業に関する資料を入手又は閲覧したい場合（説明文書 項目 13）
- ☐ 12 研究事業の資金源や研究者等の研究事業に関する利益相反について（説明文書 項目 15）
- ☐ 13 本研究に関してご相談等がある場合について（説明文書 項目 17）

本人住所・連絡先（必須）

住所 _____

電話番号 _____

本人署名欄

同意年月日 20____年____月____日

署名（自署） _____

（本人が筆記困難な場合）本人が筆記困難の為、（ _____ 続柄 _____ ）が代筆しました。

代諾者署名欄（本人が未成年/ご自身で十分な理解の上同意をしていただくことが難しい場合）

わたしは、（患者名） _____ が参加する「研究課題名：筋ジストロフィー患者登録システムの効率的な運用」に関する上記の事項について、説明文書を用いて十分に説明を受け、理解しました。本人に不利益が及ばないことを確認し（患者名） _____ がこの研究に参加することに同意します。

同意年月日 20____年____月____日

代諾者署名（自署） _____ （続柄 _____ ）

説明者

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター Remudy 事務局代表 中村治雅

14-4 神経・筋疾患患者登録システム(Remudy)への協力説明及び同意文書(医師用)

(患者様氏名) _____ 様 担当先生御侍史

平素より、神経・筋疾患患者登録システム(Remudy)の活動にご協力いただき、誠にありがとうございます。

この度は、患者様の患者登録用紙記入へのご協力、誠にありがとうございます。本研究においては、ご協力いただいた登録用紙を患者様ご自身が、国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センターにありますが神経・筋疾患患者登録センター(Remudy)患者情報登録部門へお送りいただくことになっています。そこで、患者様の情報について確認したうえで、データベースに登録させていただきます。つきましては、患者情報の確認に際しまして不明な点がありました場合に、患者情報登録部門より先生に内容の確認のためのご連絡をさせていただきたく存じます。

神経・筋疾患患者登録システム(Remudy)の活動にご賛同いただき、ご協力いただけるのであれば、以下にご署名いただきたくどうぞよろしくお願いいたします。

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

神経・筋疾患患者登録センター(Remudy) 患者情報登録部門 責任者 中村 治雅 殿

担当の先生 記入箇所(施設名、電話番号などは印鑑でもかまいません)

わたし

(施設名) _____

(連絡先電話番号) _____

(医師氏名) _____

は、

(患者様氏名) _____ 様の件につき、国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 神経・筋疾患患者情報登録センターより問い合わせがありました場合には登録内容に関することについてのみ、お答えすることに協力いたします。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様 記入箇所

わたし(本人) _____

(印) (以下、自署であれば印は不要)

☐ 知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合☐ 15歳未満の場合☐ 筆記が困難な場合

(保護者もしくは代筆者氏名) _____

(印) (続柄 _____)

は、国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 神経・筋疾患患者情報登録センターより、私自身についての医学情報について問い合わせがありました場合には、上記医師が登録内容に関することについて、私の情報を説明することに同意いたします。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意事項 : **枠内** → 患者様 記入欄
その他 → 医師 記入欄

2021年10月改訂

記入例

【同意書記入例】年齢により、記入箇所が異なりますのでご注意ください。

赤枠は必ずご記入ください。

◆ 0歳～14歳の方

青枠は該当者のみです。

同意年月日 2019 年 1 月 31 日

署名 (本人) _____ (印) (以下、自署であれば印は不要)

本人が

☐ 知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合

☒ 15 歳未満の場合 ← 必ずチェックをお願いします。

☐ 筆記が困難な場合

(保護者もしくは代筆者氏名)

国立 一郎 (印) (続柄 父)

◆ 15歳以上未成年の方

書ける方は、ご本人のご署名をお願い致します

同意年月日 2019 年 1 月 31 日

署名 (本人) 国立 太郎 (印) (以下、自署であれば印は不要)

本人が

☐ 知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合

☐ 15 歳未満の場合

☒ 筆記が困難な場合 ← 該当する方は、チェックをお願いします。

(保護者もしくは代筆者氏名)

国立 一郎 (印) (続柄 父)

◆ 成人の方

書ける方は、ご本人のご署名をお願い致します

同意年月日 2019 年 1 月 31 日

署名 (本人) 国立 太郎 (印) (以下、自署であれば印は不要)

本人が

☐ 知的障害等により同意能力がないと客観的に判断される場合

☐ 15 歳未満の場合

☒ 筆記が困難な場合

(保護者もしくは代筆者氏名)

ひとつでもチェックされた場合は
下記にご署名をお願いします

国立 一郎 (印) (続柄 父)

保存用