

同意書

研究課題名：COVID-19 感染症ウイルス（SARS-CoV-2 virus）に対する
ワクチン接種後の血清抗体価測定に関する前向き観察研究

私は、上記研究の内容を理解しました。この研究に協力することに同意します。
同意書に署名し、同意書の写しを受け取ります。

【患者さん署名欄】

署名日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さん署名 _____

【代諾者さん署名欄】

署名日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代諾者さん署名 _____、本人との続柄 _____

【研究者署名欄】

署名日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究者署名 _____

<データベースに登録する情報>

1. 年齢：_____歳（2 回目のワクチン接種時）
2. 性別：[] 男性、[] 女性
3. 初回ワクチン接種日：日付 _____年 _____月 _____日
4. 初回接種のワクチンの種類 []ファイザー製、[]モデルナ製、[]アストラゼネカ製、[]その他_____
5. 2 回目ワクチン接種日：日付 _____年 _____月 _____日
6. 2 回目接種のワクチンの種類 []ファイザー製、[]モデルナ製、[]アストラゼネカ製、[]その他_____
7. 初回抗体価測定日：日付 _____年 _____月 _____日
8. 初回抗体価測定結果_____AU/ml
9. 6 ヶ月後抗体価測定日：日付 _____年 _____月 _____日
10. 6 ヶ月後抗体価測定結果_____AU/ml
11. COVID-19 感染の有無
[] 感染有、初回抗体価測定以前
[] 感染有、初回抗体価測定以後
[] 感染無
12. 以下の免疫不全状態の該当性について（以下の 7 つから選択）
 - ① [] 2 回目のワクチン接種前 1 年以内の抗がん剤・放射線治療
 - ② [] 臓器移植を受けた患者
 - ③ [] その他、先天性・後天性の免疫不全状態がある
 - ④ [] ステロイド使用中
 - ⑤ [] 自己免疫疾患
 - ⑥ [] 慢性透析患者
 - ⑦ [] 上記のいづれにも該当しない