令和　年　　月　　日

様

○○○○○○○○

（施設責任者）○○　○○

新型コロナウイルス血清抗体価検査について

○○の候、皆様には益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

新型コロナウイルス感染症が世界中に蔓延している昨今の状況において、感染予防や治療の観点から、今後この感染症に対応される個々人の免疫状態が重要です。今回、京都府からの支援事業として、新型コロナウイルスに対する血清特異抗体価測定の検診を行います。この採血を伴う検診に参加されるかどうかは任意です。抗体価の測定に関しては、京都府立医科大学に依頼します。しかしながら、新型コロナウイルス感染症に対する獲得免疫の指標である特異抗体価ついては、抗体価の基準値が不明であり、また予防という観点からその測定結果の解釈についても十分に確立していません。そのために、検診の実施と合わせて、検診結果については、検診により測定された抗体価測定の適正な評価や意義付けに関わる疫学研究が京都府立医科大学で行われます。

　つきましては、新型コロナウイルス血清抗体価検査の希望、ならびに検診後の抗体価の疫学研究に利用に関する同意について、下の用紙にご記入・ご捺印のうえ、提出をお願いします。なお、あなたが未成年の場合、あなたの親権者又は未成年後見人は拒否できます。

---------- キ リ ト リ ----------

新型コロナウイルス血清抗体価検査の希望調査

○○○○○

（施設長）　　○○　○○様

該当項目の番号を○で囲んでください。

1　新型コロナウイルス血清抗体価検査を受けます

2　新型コロナウイルス血清抗体価検査を受けません

氏名　　印

(親権者あるいは後見人氏名　　印)

令和　年　月　日

様

○○○○○

（施設長）　○○○○○

京都府立医科大学附属病院 副院長・医療安全管理部部長

新型コロナウイルス抗体価疫学調査研究責任者

教授　佐和貞治

抗体価測定後の測定結果の研究利用承諾のお願い

今回の新型コロナウイルス血清抗体価の検診においては、京都府立医科大学が抗体価の測定を担当します。測定された検査結果について、測定検査結果を用いた研究「**新型コロナウイルス抗体価の疫学調査（他施設対象）**」への利用にご承諾をいただいた場合に限り、京都府立医科大学での疫学研究目的（統計解析）に利用します。

1　個人のプライバシーは固く 守ります。

2　協力されない場合には測定結果のデータは研究利用されません。

なお、本研究のより詳しい説明については、本研究のウェブサイト http://anesth-kpum.org/research/open/covid-19_titer/ にて、情報公開文、ならびに説明文書を御覧ください。

つきま しては、下記の承諾書に諾否のいずれかを ご記入・ ご捺印く ださいま して、お届けく ださいますようお願い致 します。 お忙しいなか、大変恐縮ですが、ご理解と ご協力を よろしくお願い申 し上げます。なお、あなたが未成年の場合、あなたの親権者又は未成年後見人は拒否できます。

---------- キ リ ト リ ----------

抗体価測定結果の利用承諾書

○○○○○

○○　○○○○○　様

京都府立医科大学 附属病院副院長・医療安全管理部部長

新型コロナウイルス抗体価疫学調査研究責任者

教授　佐和貞治　様

（ 該当項目の番号を〇で囲んで下さい。）

1　検診後データの利用に協力します。

2　検診後データの利用に協力しません。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（親権者あるいは後見人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印）