yy年mm月dd日

診療情報の研究利用についてのお知らせ

当院では以下の臨床研究を行っています。

本研究の対象者に該当する可能性があり診療情報等の研究利用を希望されない場合や、本研究についてお尋ねになりたい場合は、下記のお問い合わせ先に遠慮なくご連絡ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 研究責任者 | （機関名）　　　　　（氏名） |
| 共同研究機関 | （機関名）　　　　　（責任者氏名） |
| 研究の意義、目的 | ●●は●●による影響が大きいと考えられています。  本研究は、過去の診療録から●●に対する●●の治療効果と●●の関係性を調べることを目的に行います。 |
| 対象の患者さん | ・●●を服用された●●症の方  ・yy年mm月～yy年mm月に来院された方  ただし、●●の方は対象ではありません |
| 利用する診療情報等 | 年齢、性別、身長・体重、病歴、薬剤名、臨床検査結果 |
| 外部測定機関 | （機関名）　　　　　（責任者氏名）  （項目） |
| 試料・情報の提供元 | （機関名）　　　　　（機関の長の氏名）  （提供を受ける試料・情報） |
| 個人情報の取扱い | 氏名や住所等の患者さん個人を特定できる情報は利用いたしません。外部測定の際には、氏名を番号に置き換えて個人を特定できないようにいたします。また、研究結果は学会発表や学術誌への論文投稿等を予定していますが、その際も個人を特定できる情報は一切含みません。 |
| 研究資金と利益相反 | 自己資金  本研究に関連し開示すべき利益相反関係にある企業等はありません。 |
| 研究期間 | （許可日）yy年mm月dd日からyy年mm月dd日 |
| 承認を受けた倫理審査委員会（承認番号） | 日本医師会倫理審査委員会（R●-●）  本研究の実施にあたっては、倫理審査委員会の審査を経て、研究機関の長より許可を得ています。 |
| お問い合わせ先 | （機関名）　　　　　（氏名）  住所：  ホームページお問い合わせフォーム：  受付窓口：●時～●時  email：　　　　　　　　　　　　電話番号： |

「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」「個人情報保護法」に基づき、情報を公開するものです。