三野原病院〇○○科で○○（疾患名）に対して

○○治療（治療名等）を受けられた患者様へ

当院○○科では下記の臨床研究を実施しております。

本研究の対象者に該当する可能性のある方で診療情報を研究目的に利用されることを希望されない場合は、下記の連絡先にお問い合わせください。お申し出になられても、いかなる不利益も受けることはございませんのでご安心ください。またご希望により、この研究に参加してくださった方々の個人情報の保護や、この研究の独創性確保に支障がない範囲で、この研究の計画書や研究の方法に関する資料をご覧いただ<ことができます。

この研究は当院の倫理審査委員会の審査を経て、病院長の許可を受けて実施しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題名 |  |
| 当院の研究責任者（所属） |  |
| 本研究の目的 | 〈例〉日本における認知症に対する検査・治療の実施状況を把握し、認知症の検査・治療法を確立することを目的とします。 |
| 調査データ該当期間 | ※具体的な期間で（3年間や約○○等の記載は不可）※臨床研究申請書に基づき記載してください〈例〉倫理審査委員会承認日 又は 西暦○○年月日～西暦○○年月日 |
| 研究方法 | ●調査の対象となる患者様※研究の対象となる患者さんが「自分が対象となるかどうか」すぐに分かるよう記載して下さい。〈例〉上記期間に当院脳神経内科で認知症に対して検査・治療を受けられた患者様＜カルテに記載のある診療情報＞※使用する**情報**・**資料**等、**具体的に記載。**※研究計画書の評価項目から研究対象者がイメージしやすい主要なものをいくつか記載して下さい。（最後に「等」をつけること）〈例〉1. 治療30日後の日常生活自立度
2. 治療の技術的成功
3. 治療30日以内における有害事象の発生
4. 治療30日以内における治療に関連した治療合併症の発生等
 |
| 個人情報の取り扱い | 〈例〉収集したデータは、患者様を直接特定できる個人情報は削除し誰のデータかわからなくした（匿名化という）上で統計的処理を行います。研究成果は学会等で発表を予定しておりますが、その際も患者様を特定できる個人情報は利用しません。 |
| 本研究の資金源（利益相反） | 〈例〉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。 |
| 研究代表者 | ※多施設共同研究の場合必要※当院のみで実施する研究の場合は不要の為、この欄は削除して下さい。 |
| お問い合せ先 | 三野原病院　〇〇科電話：092-947-0040（代表）研究責任者：○○○○ |