

帯広厚生病院第三内科に通院中
(または過去に通院・入院されたことのある)の
患者さんへ(臨床研究に関する情報)

当院では、以下の臨床研究を実施しております。この研究は、日常診療における既存の診療情報、カルテ情報を用いて行います。このような研究は、厚生労働省・文部科学省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)の規定により、研究内容の情報を公開することが必要とされております。この研究に関するお問い合わせなどがありましたら、以下の問い合わせ先へご照会ください。

[研究課題名]

関節リウマチの難治性合併症における分子生物学的機序の解明

[研究機関名・長の氏名] 帯広厚生病院 院長 佐澤 陽

[研究代表者名] 帯広厚生病院第三内科 医長 清水 裕香

[研究の目的]

あなたの病気は関節リウマチで(あるいは関節リウマチが疑われ)、治療法として免疫抑制治療が行われます。しかし、この病気が起こる原因やメカニズムについてはまだ良く分かっていないことが多く、現在も多くの研究が行われています。この研究では、同意していただいた患者さんから血液検体をご提供いただき、炎症性サイトカインやタンパク質を測定することで、この病気の原因として何が悪さをしているかを明らかにして、治療法(あるいは検査方法)の向上に役立てることを目的としています。

[研究の方法]

●対象となる患者さん

帯広厚生病院第3内科で治療をうけた関節リウマチ患者さん

●利用する検体・カルテ情報

カルテ情報：年齢、性別、診断名、疾患名、罹病期間、治療内容、合併症、疾患活動性、白血球数、白血球分画、赤血球数、ヘモグロビン、血小板数などの血液学的検査、肝機能、腎機能、電解質、炎症反応、補体、各種自己抗体などの血液生化学検査、画像診断検査結果など

[研究実施期間]

実施許可日～

この研究について、研究計画や関係する資料、ご自身に関する情報をお知りになりたい場合は、他の患者さんの個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。

研究に利用する患者さんの情報に関しては、お名前、住所など、患者さん個人を特定できる情報は削除して管理いたします。また、研究成果は学会や学術雑誌で発表されますが、その際も患者さんを特定できる情報は削除して利用いたします。

*上記の研究に検体・情報を利用することをご了解いただけない場合は以下にご連絡ください。

[連絡先・相談窓口]

北海道帯広市西 14 条南 10 丁目 1 番地
帯広厚生病院 第三内科 担当医師 清水 裕香
電話 0155-65-0101 FAX 0155-65-0101

【患者さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書「患者さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：西暦 年 月 日

患者さん氏名： _____ (自署)

【代諾者の署名欄】

私は _____ さんが、この研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書「患者さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：西暦 年 月 日

代諾者 氏名： _____ (自署) 続柄 _____

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんに本研究について十分に説明した上で同意を得ました。

説明日：西暦 年 月 日

説明者氏名： _____ (自署)

同意撤回書

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 病院長 殿

臨床研究課題名：「関節リウマチの難治性合併症における分子生物学的機序の解明」

【患者さんの署名欄】

私は、上記臨床研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日：西暦 年 月 日

患者さん氏名：_____（自署）

【代諾者の署名欄】

私は_____さんが、上記臨床研究について担当医師より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。これを撤回します。

同意撤回日：西暦 年 月 日

代諾者 氏名：_____（自署） 続柄 _____

【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんが、同意を撤回されたことを確認しました。

確認日：西暦 年 月 日

担当医師氏名：_____（自署） _____