＊ 被験者が亡くなった方のみの場合は、題名（青字の部分）を「過去に通院・入院された患者様のご遺族の方へ」に修正してください。

信州大学医学部附属病院　○○科で実施される

他施設共同研究についてお知らせいたします。

　◯◯◯◯年◯月◯日（西暦で記載）

＊　掲示日は倫理委員会承認日（委員会の翌日）以降としてください。

＊　赤字は削除、青字は適宜修正してください。　提出時はすべて黒字にしてください。

「課題名」に関する臨床研究を実施しています。

　信州大学医学部医倫理委員会の審査による医学部長の承認を得て実施しています。この研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」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います。

|  |  |
| --- | --- |
| 倫理審査承認番号 |  |
| 研究課題名 | ◯◯◯◯ |
| 所属(診療科等) | ◯◯◯◯ |
| 研究責任者(職名) | 氏名（職名） |
| 研究実施期間 | 倫理委員会承認日～◯◯◯◯年○月○日（西暦で記載） |
| 研究の意義、目的 | （簡単に記載）○○を明らかにすることを目的とした研究で、○○に貢献すると考えられます。 |
| 対象となる患者さん | ○○○○年○○月○○日から○○○○年○○月○○日の期間に共同研究機関で○○○症について医療を受けられた方 |
| 利用する診療記録／検体 | 診断名、年齢、性別、身体所見、検査結果など／血液、組織など |
| 他機関から試料・情報の提供を受ける方法 | (記録媒体、郵送、電子的配信　等)により提供を受けます |
| 研究方法 | （簡単に記載）過去の診療記録より上記の内容を収集し、◯◯と各種診療記録との関係性の有無について検討します。 |
| 共同研究機関名（研究責任者氏名） | （**全ての研究機関**の名称及び各機関の研究責任者の氏名を記載）　◯◯大学（責任者：◯◯◯◯）、□□病院（責任者：□□□□） |
| 研究代表者 | 主任施設の名称：◯◯大学研究責任者：◯◯◯◯ |
| 問い合わせ先 | 　◯◯大学（電話：　　　　　　）　□□病院（電話：　　　　　　） |

【既存の検体や診療記録、検査結果】を研究、調査、集計しますので、【新たな診察や検査、検体の採取】の必要はありません。

＊【】内の記載は利用する試料・情報にあわせて削除してください。

患者様を直接特定できる個人情報を削除した上で提供された試料・情報等を利用します。

研究成果は今後の医学の発展に役立つように学会や学術雑誌などで発表しますが、その際も患者様を特定できる個人情報は利用しません。

この研究にご自分の診療記録等を利用することをご了解いただけない場合、またご不明な点については、上記問い合わせ先までご連絡くださいますようお願いいたします。

研究不参加を申し出られた場合でも、なんら不利益を受けることはありません。ただし、同意取り消しの申し出をいただいたとき、すでに研究成果が論文などで公表されていた場合や、試料や情報が匿名化されて個人が全く特定できない場合などには、結果を廃棄できないこともあり、引き続き使わせていただくことがあります。