当院では下記の臨床研究に用いるため，患者さんの試料・情報を利用させていただいておりますので，お知らせいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **研究課題名：** |  |
| **研究の目的** | |
| ～～疾患においては，他の臓器における同様の疾患と比較して，術後経過が良くないという報告がありますが，その原因は未だ明らかではありません。私たちは，一般的に○○の値が低い患者さんにおいて××が発生することが多い点に着目し，○○と××の関連性を明らかにします。 | |
| **研究実施期間：** | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日  （倫理委員会承認日） |
| **対象となる方：** | ○年○月○日～○年○月○日までの間，附属病院○○科を受診し，××と診断され，手術を受けられた方 |
| **利用させていただきたい試料・情報について**  **（他機関に提供する場合，提供先機関の名称及び当該機関の研究責任者氏名含む）** | |
| 当院のカルテに記録されている情報のうち，～～，～～，～～について，標記研究課題実施のために利用します。  具体的には，○○の値と××の発生率について，△△については間接的に影響する項目として統計解析的手法を用いて比較することで，××の発生に寄与する因子を明らかにしたいと思います。  なお，利用に当たっては氏名，住所，電話番号，患者番号等個人を特定できる情報を削除し，本研究のための固有の番号を付して（これを匿名化といいます），行います。  研究成果については，学会発表や論文投稿等の方法で公表されますが，その内容から対象者個人が特定される事はありません。研究から得られた個別の結果については原則としてお答えしませんが，希望される方は下記連絡先までご連絡ください。 | |

本研究課題について，より詳細な内容をお知りになりたい場合や，試料・情報の利用に同意いただけない患者さん／その代理人の方は，以下の連絡先までご連絡ください。

研究への利用に同意いただけない場合，当該患者さんの試料・情報については対象から除外します。ただし，連絡いただいた時点で既に研究成果公表済の場合は，該当者のデータのみを削除する等の対応は出来かねますので，ご了承願います。

|  |  |
| --- | --- |
| **本件連絡先** | 所属診療科・氏名　連絡先電話番号/mail等 |