

① 試料/情報の授受に関する記録

(西暦) 年月日

研究課題名： 日本産科婦人科内視鏡学会における手術および合併症の登録		
承認番号：	研究責任者氏名： 連絡担当者氏名：	研究実施期間： 承認日 (西暦)

※いずれかの口にチェック

耳原総合病院で行う研究である

(チェックのみで事務局に提出)

他施設との共同研究である(下記の表を記載し事務局に提出)

※(1)(2)いずれかの場合、片方のみ記載し、他方は空欄とすること

(1) 他の施設へ試料/情報の提供を行う研究

(複数の機関に提供する場合、全ての機関名および研究責任者名を記載)

提供先の機関名	日本産科婦人科内視鏡学会
提供先の機関の研究責任者名 (所属・職位を記載のこと)	日本産科婦人科内視鏡学会 理事長 大須賀 穰
提供元の機関の名称 (提供元に○を付けること)	耳原総合病院
提供元の研究責任者名 (所属・職位を記載のこと)	耳原総合病院・産婦人科 坂本能基
試料/情報の項目	年齢、疾患名、手術名、手術時間、出血量、合併症など
試料/情報の取得の経緯	当院にて診療の過程で得られた情報
(同意を受けて実施する場合) 研究対象者の氏名等	例) 研究対象者の氏名等は「同意書」を適切に保管することで 代用する

(2) 他の施設より試料/情報の提供を受けて実施する研究

(複数の機関から提供を受ける場合、全ての機関名および研究責任者名を記載)

提供先の機関名 (提供元に○を付けること)	耳原総合病院
提供先の機関の研究責任者名 (所属・職位を記載のこと)	例) ◇◇ △△(耳原総合病院職員)
提供元の機関の名称	例) ○○○大学、□□□研究所
提供元の研究責任者名 (所属・職位も記載のこと)	例) ○○○大学(○× ○×)、□□□研究所(xx xx)
試料/情報の項目	例) 血液、毛髪、診療記録
試料/情報の取得の経緯	例) ○○○大学にて診療の過程で得られた試料の残余検体 例) ○○○大学にて研究計画書に従い新たに取得した試料
(同意を受けて実施する場合) 研究対象者の氏名等	提供された試料等が匿名化され特定の個人を識別できない 場合には記載不要
(提供元が民間企業の場合) 機関の長の氏名 機関の住所	

(西暦) 2022年6月27日

耳原総合病院を受診された患者さまへ

当院では下記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のある方で診療情報等を研究目的に利用または提供されることを希望されない場合は、下記の問い合わせ先にお問い合わせ下さい。

研究課題名 (受付番号/承認番号)	日本産科婦人科内視鏡学会における手術および合併症の登録
当院の研究責任者 (所属・職位)	坂本能基(耳原総合病院・副病院長、産婦人科部長)
他の研究機関および 各施設の研究責任者	日本産科婦人科内視鏡学会 理事長 大須賀 穰
本研究の目的	本邦における産婦人科領域の内視鏡下手術診療の現状を把握することで、さまざまな課題を抽出し、より良い産婦人科医療に反映することを目的としています
調査データ 該当期間	耳原総合病院・産婦人科で内視鏡下手術を施行されている期間
研究の方法 (使用する試料等)	当院にて診療の過程で得られた情報 年齢、疾患名、手術名、手術時間、出血量、合併症
試料/情報の 他の研究機関への 提供 および提供方法	WEB 登録
個人情報の取り扱い	利用する情報から氏名や住所など直接特定できる個人情報は削除します。研究成果は外部で公表されますが、その際も患者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)	本研究に関連し開示すべき利益相反関係にある企業などはありません
お問い合わせ先	所属・職位: 耳原総合病院 産婦人科 担当者: 坂本能基 電話: 072-241-0501
備考	