

① 試料/情報の授受に関する記録

(西暦) 年月日

研究課題名： 日本産科婦人科学会・婦人科腫瘍委員会 婦人科悪性腫瘍登録事業および登録情報に基づく研究		
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	日本産科婦人科学会・婦人科腫瘍委員会
提供先の機関の研究責任者名 (所属・職位を記載のこと)	日本産科婦人科学会・婦人科腫瘍委員会委員長 八重樫伸生
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、治療開始日、進行分類、組織分類、治療、術式など
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)	日本産科婦人科学会・婦人科腫瘍委員会 婦人科悪性腫瘍登録事業および登録情報に基づく研究
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	日本産科婦人科学会・婦人科腫瘍委員会委員長 八重樫伸生
本研究の目的	婦人科がんの方の臨床情報を収集解析することにより、わが国における1) 進行期・病理学的分類、2) 診断・治療の実態、3) 治療成績、などを解析、公表し、医療・福祉に貢献することを目的とする
調査データ 該当期間	2019年1月1日から2027年12月31日まで
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、治療開始日、進行分類、組織分類、治療、術式
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	