

① 試料/情報の授受に関する記録

(西暦) 2023年9月1日

研究課題名： 人間ドックで発見したがん症例調査		
承認番号：	研究責任者氏名：河原林 正敏 連絡担当者氏名：阪口 政雄	研究実施期間：2017/4/1～2024/3/31 承認日～(西暦)2019/8/23

※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	公益財団法人 日本人間ドック学会
提供先の機関の研究責任者名 (所属・職位を記載のこと)	学術委員会がん登録小委員会委員長 三原 修一
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)	河原林 正敏(耳原総合病院病院長)
試料/情報の項目	院内がん登録情報
試料/情報の取得の経緯 (同意を受けて実施する場合)	当院の人間ドック受診の経過で取得した情報
研究対象者の氏名等	

(2) 他施設より試料/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)	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
研究対象者の氏名等	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	

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)	人間ドックで発見したがん症例調査
当院の研究責任者 (所属・職位)	河原林 正敏(耳原総合病院病院長)
他の研究機関および 各施設の研究責任 者	日本人間ドック学会 学術委員会がん登録小委員会委員長 三原 修一
本研究の目的	人間ドックの意義の再確認、有用性の向上
調査データ 該当期間	期間:2017年4月1日~2024年3月31日
研究の方法 (使用する試料等)	上記期間に当院にて人間ドックを受診された方のうち、がんが発見された方の院内がん登録の情報
試料/情報の 他の研究機関への 提供 および提供方法	エクセルデータをCD-RW(学会指定のもの)に格納し、郵送する
個人情報の取り扱い	利用する情報から氏名や住所等の患者様を直接特定できる個人情報は削除いたします。また、研究結果の発表の際も、患者さま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はありません
お問い合わせ先	所属・職位:耳原総合病院 組織健診科 事務課長 担当者:阪口 政雄 電話番号:072-241-0501(病院代表)
備考	