

① 試料/情報の授受に関する記録

(西暦) 2025 年 12 月 22 日

研究課題名： 当院におけるオキサリプラチン過敏症反応に対する予防対策の有用性についての報告		
承認番号：	研究責任者氏名：大田 雄介 連絡担当者氏名：濱里 真耶	研究実施期間：2023 年 4 月～2025 年 3 月 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	例)○○○大学、□□□研究所
提供先の機関の研究責任者名 (所属・職位を記載のこと)	例)○○○大学(○× ○×)、□□□研究所(xx xx)
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)	例)◇◇ △△(耳原総合病院職員)
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)当院にて診療の過程で得られた試料の残余検体 例)当院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	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	

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)	当院におけるオキサリプラチン過敏症反応に対する予防対策の有用性についての報告
当院の研究責任者 (所属・職位)	耳原総合病院 薬剤科 大田 雄介 (薬剤科長)
他の研究機関および 各施設の研究責任者	なし
本研究の目的	過敏症反応を起こしやすいオキサリプラチンを使用した消化器がん(大腸癌・胃癌)治療に対して、過敏症後発時期に予防対策を行った時の有用性・安全性について後ろ向きに調査を行う
調査データ 該当期間	(予防対策非対称群)2016年4月1日～2017年3月31日 (予防対策対象群)2023年4月1日～2025年3月31日
研究の方法 (使用する試料等)	対象患者:オキサリプラチンを含むレジメンを導入した消化器がん(大腸癌・胃癌)患者
試料/情報の 他の研究機関への 提供 および提供方法	なし
個人情報の取り扱い	性別、年代、癌種、治療内容を用いて、研究結果は学会等で発表を予定していますが、患者さまの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)	なし
申出期間	2026/2/16 まで
お問い合わせ先	電話:072-241-0501 薬剤科 濱里 真耶
備考	本研究へ協力を望まれない患者さま又はご家族さまは、2026 年 1 月 31 日までに上記問い合わせ先までご連絡ください。調査対象となることに同意をされない場合でも不利益はありません。