

① 試料/情報の授受に関する記録

(西暦) 2025年7月3日

研究課題名： 当院におけるプロナンセリンテープによる消化器症状軽減の調査		
承認番号：	研究責任者氏名： 佐野 篤 連絡担当者氏名： 大田 雄介	研究実施期間：2024年6月1日～12月31日 承認日～ (西暦) 2025年7月2日

※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	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	

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)	当院におけるプロナンセリンテープによる消化器症状軽減の調査
当院の研究責任者 (所属・職位)	佐野 篤 (薬剤科・主任)
他の研究機関および 各施設の研究責任者	該当なし
本研究の目的	嘔気のある癌末期の内服困難患者に対してプロナンセリンテープを使用することで消化器症状(吐き気等)を軽減させることができるかを調査する
調査データ 該当期間	2024年6月1日から2024年12月31日まで
研究の方法 (使用する試料等)	電子カルテよりプロナンセリンテープ使用患者を抜粋
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	DI、名前はなし。性別、年齢、癌腫のみ抜粋。
本研究の資金源 (利益相反)	なし
お問い合わせ先	耳原総合病院 薬剤科 大田 雄介 (代:072-241-0501)
備考	