

臨床研究に関する情報公開

「イベニティ®注使用による臨床効果の調査」へご協力をお願い

— (西暦) 2019年3月1日以降、当科においてイベニティ®注の治療を受けられた方へ—

研究機関名 村瀬病院

研究責任者 今西隆夫

1. 研究の概要

- 1) 研究の意義 イベニティ®注の治療効果を調査する
- 2) 研究の目的 イベニティ®注の投与による骨粗鬆症患者の骨代謝への影響を調査する事

2. 研究の方法

- 1) 研究対象者 骨粗鬆症治療目的にイベニティ®注の投与を受けた方
- 2) 研究期間 2019年3月1日～2021年3月31日
- 3) 研究方法 後ろ向きコホート研究
- 4) 使用する試料の項目 単純X線像、骨密度検査、血液検査
- 5) 使用する情報の項目 電子カルテに記載された情報
- 6) 情報の保存、保護 使用する個人データは匿名化し、個人情報に関しては厳重に管理する。
- 7) 研究計画書および個人情報の開示 あなたのご希望があれば、個人情報の保護や研究の独創性の確保に支障がない範囲内で、この研究計画の資料等を閲覧または入手することができますので、お申し出ください。また、この研究における個人情報の開示は、あなたが希望される場合にのみ行います。あなたの同意により、ご家族等（父母、配偶者、成人の子又は兄弟姉妹等、後見人、保証人）を交えてお知らせすることもできます。内容についておわかりになりにくい点がありましたら、遠慮なく担当者にお尋ねください。この研究はあなたのデータを個人情報とわからない形にして、学会や論文で発表しますので、ご了解ください。この研究にご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。また、あなたの試料・情報が研究に使用されることについてご了承いただけない場合には研究対象としませんので、下記の連絡先までお申し出ください。この場合も診療など病院サービスにおいて患者の皆様に不利益が生じることはありません。
- 9) 資金源について
本研究への資金提供はありません。

<問い合わせ・連絡先>

所属 氏名：今西 隆夫

電話：059-382-0330（平日：9時30分～17時00分）

ファックス：059-382-8562

村瀬病院
臨床研究登録拒否通知書

村瀬病院 病院長 殿

私は、村瀬病院において、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が下記臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日： _____年____月____日

臨床研究課題名： _____

（患者様氏名） _____

（自署・代筆） _____

（生年月日） _____年____月____日

（診察券番号） _____

※ 必要時記載 代筆者：（氏名） _____

（患者さんとの関係： _____）

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送り頂くか、**当病院 1 階総合案内**にご提出ください。

郵送先・提出窓口

村瀬病院 整形外科

〒513-0801 三重県鈴鹿市神戸 3-12-10

Fax: 059-382-8562

本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。