年　　月　　日

**（臨床研究に関するお知らせ）**

**和歌山県立医科大学附属病院○○科に、○○（疾患名）で通院歴のある患者さんへ**

　和歌山県立医科大学○○講座では、以下の臨床研究を実施しています。ここにご説明するのは、過去の診療情報や検査データ等を振り返り解析する「後ろ向き観察研究」という臨床研究で、本学倫理審査委員会の承認を得て行うものです。すでに存在する情報を利用させて頂く研究ですので、対象となる患者さんに新たな検査や費用のご負担をお願いするものではありません。また、対象となる方が特定できないよう、個人情報の保護には十分な注意を払います。

　この研究の対象に該当すると思われた方で、ご自身の診療情報等が利用されることを望まない場合やご質問がある場合は、下記の問い合わせ先にご連絡ください。

**１．研究課題名**

　　○○○○に関する後ろ向き観察研究

**２．研究責任者**

　　和歌山県立医科大学○○講座　○○（職名）　○○　○○（氏名）

**３．研究の目的**

　　※研究の背景や目的、意義を簡潔に記載してください。

**４．研究の概要**

**（１）対象となる患者さん**

　　○○（疾患名）の患者さんで、平成○○年○月○日から令和○○年○月○日までの期間中に、○○の治療（検査）を受けた方

**（２）利用させて頂く情報**

　　この研究で利用させて頂くデータは、○○、○○、○○に関する情報です。（※利用する情報を列挙してください。）

**（３）方法**

　　※解析方法等を簡潔に記載してください。なお、多施設共同研究の場合は、中央研究機関や主な共同研究機関の名称、施設数も記載してください。

**５．個人情報の取扱い**

　　利用する情報からは、患者さんを特定できる個人情報は削除します。また、研究成果は学会や学術雑誌で発表されることがありますが、その際も患者さんの個人情報が公表されることはありません。

**６．ご自身の情報が利用されることを望まない場合**

　　臨床研究は医学の進歩に欠かせない学術活動ですが、患者さんには、ご自身の診療情報等が利用されることを望まない場合、これを拒否する権利があります。その場合は、下記までご連絡ください。研究対象から除外させて頂きます。なお、研究協力を拒否された場合でも、診療上の不利益を被ることは一切ありません。

**７．資金源及び利益相反等について**

　　※記載してください。

**８．問い合わせ先**

　　和歌山市紀三井寺811-1

　　和歌山県立医科大学○○講座　担当医師　○○　○○

　　TEL：073-○○-○○　FAX：073-○○-○○

　　E-mail：○○@wakayama-med.ac.jp