

インフュージョンクリニックを受診された患者さまへ

当院では下記の臨床研究を実施しております。

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 (研究番号) | クリニックにおいて外科治療が必要な炎症性腸疾患患者に対する看護の実態調査 |
| 当院の研究責任者 (所属) | 医療法人錦秀会 インフュージョンクリニック 院長 伊藤 裕章 |
| 他の研究機関および 各施設の研究責任者 | |
| 本研究の目的 | 外科的治療が必要な患者に対するクリニックでの看護実践を明らかにする |
| 調査データ 該当期間 | 2020年4月1日～2023年3月31日 |
| 研究の方法 (使用する試料等) | <ul style="list-style-type: none"> ●対象となる患者様 <ul style="list-style-type: none"> ・2020年4月～2023年3月までに外科的治療が必要となった患者 ●利用する情報 研究の種別 <ul style="list-style-type: none"> ・人体試料を採取するか？ <input type="checkbox"/>採取する <input checked="" type="checkbox"/>採取しない ・介入研究か観察研究か？ <input checked="" type="checkbox"/>観察研究 <input type="checkbox"/>介入研究 ・侵襲はあるか？ <input type="checkbox"/>侵襲あり <input type="checkbox"/>軽微な侵襲あり <input checked="" type="checkbox"/>侵襲なし ・他施設から試料・情報の授受はあるか？ <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし |
| 試料/情報の 他の研究機関への提供 および提供方法 | 他の機関への試料・情報の提供はない |
| 個人情報の取り扱い | <ul style="list-style-type: none"> ・匿名化の方法：<input checked="" type="checkbox"/>対応表あり <input type="checkbox"/>対応表無し <input type="checkbox"/>特定の個人の識別が可能 <input type="checkbox"/>特定の個人の識別が不可能 ・本研究結果が公表される場合にも、研究対象者個人を特定できる情報を含まないこととする。また本研究の目的以外に本研究で得られた情報を利用しない。 |
| 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ない。 |
| お問い合わせ先 | 電話：06-6359-2123 担当者：医療法人 錦秀会 インフュージョンクリニック 看護課長 阪上 佳誉子 |
| 備考 | |