

## -臨床研究に関する情報および臨床研究に対するご協力のお願い-

現在、循環器小児・成人先天性心疾患科では、京都府立大学生体機能形態科学講座と共同で実施する下記研究のために、本学で保管する下記の残余検体・診療情報等を下記研究代表機関に対して提供しています。

この共同研究の詳細をお知りになりたい方は、下記の本学での研究内容の問い合わせ担当者もしくは研究代表機関の問い合わせ先まで直接ご連絡ください。なお、この研究課題の研究対象者のご遺族に該当すると思われる方の中で、研究対象となる患者様の検体・診療情報等を「この研究課題に対しては利用・提供して欲しくない」と思われた場合にも、下欄の研究内容の問い合わせ担当者までお申し出ください。その場合でもご遺族の方々に不利益が生じることはありません。

[共同研究課題名] 先端画像解析システムによるヒト先天性心疾患の病理学的研究と医学教育

[共同研究の研究代表機関及び研究代表者]

研究代表機関・研究代表者：京都府立医科大学 研究責任者： 生体機能形態科学・教授 八代健太  
本研究に関する問い合わせ先：東京女子医科大学循環器小児・成人先天性心疾患科 准教授 稲井 慶  
電話：03-3353-8111（応対可能時間：平日9時～16時）

[利用・提供の対象となる方]

1970から2018年までに循環器小児科を受診され、亡くなられた後に剖検を受けられた方

[利用・提供している残余検体・診療情報等の項目]

残余検体：心臓検体  
診療情報等：診断名

[利用・提供の目的]（遺伝子解析研究：無）

心臓検体を、京都府立大学、京都大学、国立循環器病研究センターに対して、CTとMRIの撮影のために一時的に提供し心疾患の形態に関する研究と教育に用います（後に返却いただきます）。

[主な共同研究機関及び研究責任者]

1. 京都府立医科大学（研究代表機関）  
研究責任者： 生体機能形態科学 教授 八代健太
- 2.Spring-8 大型放射光施設  
研究責任・担当者 主幹研究員 星野 真人
- 3.京都産業技術研究所  
研究責任・担当者 主席研究員 塩見 昌平
- 4.国立循環器病研究センター  
研究責任者 新谷 泰範
- 5.島津製作所  
研究責任者 齊藤 翔平

[研究実施期間および主な提供方法]

期間：倫理審査委員会承認後より 2028年3月までの間（予定）  
提供方法： 直接手渡し 郵送・宅配 電子的配信 その他（ ）

[この研究での検体・診療情報等の取扱い]

本学倫理審査委員会の承認を受けた研究計画書に従い、お預かりした検体や診療情報等には氏名、生年月日等の情報を削り、個人が特定されないことがないように加工をしたうえで取り扱っています。

[東京女子医科大学における研究責任者、および、研究内容の問い合わせ担当者]

研究責任者：東京女子医科大学 循環器小児・成人先天性心疾患科 稲井 慶

研究内容の問い合わせ担当者：東京女子医科大学 循環器小児・成人先天性心疾患科 稲井 慶

電話：03-3353-8111（応対可能時間：平日9時～16時）

[東京女子医科大学における機関長]

理事長 岩本絹子

臨床研究に関する情報および臨床研究に対するご協力をお願い

情報のみの場合は、「検体・」は削除してください。以下の緑ハイライト部分は同様に削除。

現在、〇〇科では、以前に「研究」(大学 学講座との共同研究)のご協力者からいただいた検体・診療情報等を使って、下記研究課題を新たに下記の共同研究機関と協力して実施するために、検体・診療情報等を下記研究代表機関に対して提供しています。

研究代表機関以外の共同研究機関に試料・情報を提供する場合は、それが分かるようにアレンジしてください。

この新たな共同研究課題の詳細についてお知りになりたい方は、下欄の本学での問い合わせ担当者もしくは研究代表機関の問い合わせ先まで直接ご連絡ください。尚、この新たな共同研究課題の研究対象者に該当すると思われる方の中で、ご自身の検体・診療情報等を「この研究課題に対しては利用・提供して欲しくない」と思われた場合にも、同じく本学での研究内容の問い合わせ担当者もしくは研究代表機関の問い合わせ先までお申し出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

[共同研究課題名] ここに研究計画書と同じタイトルを記載してください。

[共同研究の研究代表機関及び研究代表者]

研究代表機関・研究代表者：大学 学講座・職名 河田一郎  
本研究に関する問い合わせ先：大学 学講座 職名 若松花子  
電話：03-xxxx-xxxx (対応可能時間：平日9時～16時)

[利用・提供の対象となる方]

研究対象者本人が、自分がこの利用・提供の対象者に該当しているかどうか判断できるように記載すること。

年 月に開始された「研究」(研究責任診療科：〇〇科、研究責任者：氏名 職名)への協力にご同意いただいている方(うち、病の診断を受けて、〇〇科で継続して治療を受けていらっしゃる方)

[利用・提供している検体・診療情報等の項目]

検体：血漿、血清〇〇-I, DNA

診療情報等：診断名、年齢、性別、入院日、既往歴、併存疾患名、〇〇、...

検査結果(血液検査、画像検査、心電図検査・・・、研究上重要な検査は明記)その他、利用する研究上重要な情報は明記してください。

[利用・提供の目的] (遺伝子解析研究：有 無)

についての解明を目的とした共同研究実施

共同研究機関が書ききれない場合は「主な」を追記すること。それ以外の場合は「主な」は削除すること。  
共同研究機関が無い場合は、本項全体を削除すること。

[主な共同研究機関及び研究責任者]

- 〇〇大学 学部 学講座・教授 河田太郎
- 株式会社 ・医療研究開発部・部長 若松順子
- University of Kokujiyun (英国) ・学教授 Cardio V. Cerebro

[研究実施期間および主な提供方法]

期間：倫理審査委員会承認後より 年 月までの間(予定)

提供方法：直接手渡し 郵送・宅配 電子的配信 その他( )

該当するものを。

[この研究での検体・診療情報等の取扱い]

本学倫理審査委員会の承認を受けた研究計画書に従い、お預かりした検体や診療情報等には氏名、生年月日等の情報を削り、個人が特定されないことがないように加工をしたうえで取り扱っています。

[東京女子医科大学における機関長、研究責任者、および、研究内容の問い合わせ担当者]

機関長：東京女子医科大学 理事長 岩本絹子

研究責任者：東京女子医科大学 部署名 職名 氏名

研究内容の問い合わせ担当者：東京女子医科大学 部署名 氏名

電話：03-3353-8111 (対応可能時間：平日9時～16時)

## 臨床研究に関する情報および臨床研究に対するご協力をお願い

現在、〇〇科では、下記の共同研究機関から残余検体・診療情報等の提供を受けて、下記研究課題の実施に利用しています。

共同研究でない場合は黄色ハイライト部分を削除すること(以下同様)。  
情報のみの場合は、「残余検体」は削除してください(以下の緑ハイライト部分は同様に削除)。

この研究課題の詳細についてお知りになりたい方は、下欄の本学での研究内容の問い合わせ担当者もしくは研究代表機関の問い合わせ先まで直接ご連絡ください。なお、この研究課題の研究対象者に該当すると思われる方の中で、ご自身の検体・診療情報等を「この研究課題に対しては利用・提供して欲しくない」と思われた場合には、下記の各医療機関へ直接ご連絡いただくか、もしくは下記の問い合わせ担当者または研究代表機関の問い合わせ先までお申し出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

[共同研究課題名] ここに研究計画書と同じタイトルを記載してください。

[共同研究の研究代表機関及び研究代表者] 本学が研究代表機関である場合は、ここに本学の情報を記載すること。

研究代表機関・研究代表者： 大学 学講座・職名 河田一郎  
本研究に関する問い合わせ先： 大学 学講座 職名 若松花子  
電話：03-xxxx-xxxx (応対可能時間：平日9時～16時)

[提供を受けている残余検体・診療情報等の由来者(研究対象者)] 研究対象者本人が、自分がこの研究対象者に該当しているかどうか判断できるように記載すること。

以下に示す各医療機関において、 年 月～ 年 月までの間に、 病と診断され治療を受けられた方

- 〇〇大学付属病院(機関の長：理事長 河田太郎)
- 研究所付属病院(機関の長：病院長 若松治郎)
- University of Kokuju Hospital (英国)(機関の長：President Cardio V. Cerebro)
- その他、〇〇学会〇〇専門医が所属する医療機関(一覧は研究計画書別添を参照のこと)

提供元機関の名称および機関の長の氏名の記載が必要。  
学会レジストリ研究のように多数の提供機関がある場合を除き、できるだけ全て記載すること。

[提供を受け、本学で利用している残余検体・診療情報等の項目]

残余検体：血漿、血清、DNA、

診療情報等：診断名、年齢、性別、入院日、既往歴、併存疾患名、

検査結果(血液検査、画像検査、心電図検査・・・、研究上重要な検査は明記)その他、利用する研究上重要な情報は明記してください。

[利用・提供の目的] (遺伝子解析研究：有無)

についての解明を目的とした共同研究実施

[研究実施期間および主な提供方法]

期間：倫理審査委員会承認後より 年 月までの間(予定)

提供方法： 直接手渡し 郵送・宅配 電子的配信 その他( )

該当するものを。

[この研究での検体・診療情報等の取扱い]

本学倫理審査委員会の承認を受けた研究計画書に従い、お預かりした検体や診療情報等には氏名、生年月日等の情報を削り、個人が特定されないように加工をしたうえで取り扱っています。

[東京女子医科大学における機関長、研究責任者、および、研究内容の問い合わせ担当者]

機関長：東京女子医科大学 理事長 岩本絹子

研究責任者：東京女子医科大学 部署名 職名 氏名

研究内容の問い合わせ担当者：東京女子医科大学 部署名 氏名

電話：03-3353-8111 (応対可能時間：平日9時～16時)

見本6 (本学又は他機関主管・他機関から、別研究への同意がある試料等の提供を受けて研究を実施する場合)  
\*なるべく全体がA4用紙1枚に収まるようにしてください。

## -臨床研究に関する情報および臨床研究に対するご協力のお願ひ-

現在、〇〇科では、下記研究機関から**検体・診療情報**等の提供を受けて、下記の共同研究課題の実施に利用しています。 **情報のみの場合は、「検体・」は削除してください。以下の緑ハイライト部分は同様に削除。**

この共同研究課題の詳細についてお知りになりたい方は、下欄の本学での研究内容の問い合わせ担当者もしくは研究代表機関の問い合わせ先まで直接ご連絡ください。なお、この研究課題の研究対象者に該当すると思われる方の中で、ご自身の**検体・診療情報**等を「この研究課題に対しては利用・提供して欲しくない」と思われた場合にも、下記の本学での研究内容の問い合わせ担当者、もしくは参加されている各研究機関の研究責任者または問い合わせ担当者までお申し出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

[共同研究課題名] **ここに研究計画書と同じタイトルを記載してください。**

[共同研究の研究代表機関及び研究代表者] **本学が研究代表機関である場合は、ここに本学の情報を記載すること。**

研究代表機関・研究代表者： 大学 学講座・職名 河田一郎  
本研究に関する問い合わせ先： 大学 学講座 職名 若松花子  
電話：03-xxxx-xxxx (応対可能時間：平日9時～16時)

[提供を受けている**検体・情報**の由来者(研究対象者)] **研究対象者本人が、自分がこの利用・提供の対象者に該当しているかどうか判断できるように記載すること。**

以下に示す各研究機関において、 年 月に開始された「 研究」への協力にご同意いただいている方(うち、 病の診断を受けて、継続して治療を受けていらっしゃる方)

1. 〇〇大学 (研究責任者： 学部 学講座・教授 河田太郎)
2. 〇〇研究所 (研究責任者：〇〇部門・医療情報部長 若松治郎)
3. University of Kokujuun (英国) (研究責任者： 学教授 Cardio V. Cerebro)

提供元機関の名称および機関の長の氏名の記載が必要。

[提供を受け、本学で利用している**検体・診療情報**等の項目]

**検体**：血液、血清〇〇-I、DNA、  
診療情報等：診断名、年齢、性別、入院日、既往歴、併存疾患名、〇〇、 ...

検査結果(血液検査、画像検査、心電図検査・・・、研究上重要な検査は明記)、その他、利用する研究上重要な情報は明記してください。

[利用の目的] (遺伝子解析研究：有無)  
についての解明を目的とした共同研究実施

[研究実施期間および主な提供方法]

期間：倫理審査委員会承認後より 年 月までの間(予定)  
提供方法： 直接手渡し 郵送・宅配 電子的配信 その他( )

該当するものを。

[この研究での**検体・診療情報**等の取扱い]

本学倫理審査委員会の承認を受けた研究計画書に従い、お預かりした**検体**や**診療情報**等には氏名、生年月日等の情報を削り、個人が特定されないように加工をしたうえで取り扱っています。

[東京女子医科大学における機関長、研究責任者、および、研究内容の問い合わせ担当者]

機関長：東京女子医科大学 理事長 岩本絹子  
研究責任者：東京女子医科大学 部署名 職名 氏名  
研究内容の問い合わせ担当者：東京女子医科大学 部署名 氏名  
電話：03-3353-8111 (応対可能時間：平日9時～16時)