看護研究　様式4

**「（研究課題名）」について**

**○○年○月○日～○○年○月○日の間に、□□□の治療を受けられた患者さんへ**

研究機関　　　獨協医科大学日光医療センター　看護部

研究代表者　　看護部長

研究責任者　　○○　○○（職名）

研究分担者

このたび獨協医科大学日光医療センター △△△では、**□□**の病気で入院・通院されていた患者さんの診療情報を用いた研究を実施しております。この研究を実施することによる患者さんへの新たな負担は一切ありません。また、患者さんのプライバシーの保護については法令等を遵守して研究を行います。

あなたの試料・情報について、本研究への利用を望まれない場合には、研究責任者または分担者までご連絡をお願いします。

下記の項目について、研究計画書の内容と整合し、研究対象者にわかりやすい表現でご記載ください。なお、赤字の箇所は適宜ご修正、青字の補足事項は提出時に削除ください。

＊コメントの削除及び不要な部分の削除もお願いします。

**１．研究の目的 及び 意義**

　　獨協医科大学日光医療センター生命倫理委員会の承認（日看　○○○○）と病院長の許可を得ている。

**２．研究の方法**

**１)研究対象者**

　　○○年○月○日～○○年○月○日の間に獨協医科大学日光医療センター △△△において、□□□の治療を受けられた方を対象とし、○○名の方にご参加いただく予定です。

**２)研究実施期間**

本研究の実施許可日 ～ △△△年△月△日←症例集積及び集計・解析期間も含めた期間としてください。

（登録期間：本研究の実施許可日 ～ △△△年△月△日）

**３)研究方法**

**４)使用する試料・情報**

**◇** 研究に使用する試料　 検査項目とサンプル量（mg又はｍL）を具体的にご記載ください。

**◇** 研究に使用する情報　　カルテから抽出する情報を具体的にご記載ください。

　　上記の使用に際し、研究対象者となる患者さんの個人情報は分からないようにし研究用の識別番号を使用する。プライバシーの保護には細心の注意を払うことについてご記載ください。

**５)試料・情報の保存**

本研究に使用した試料・情報は、研究終了後5年間保存することをご記載ください。また、保存した試料・情報を用いて新たな研究を行う際には、そのお知らせ方法（ポスター等）もご記載ください。

**６)研究計画書の開示**

患者さん等からのご希望があれば、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、本研究計画の資料等を閲覧することができる旨をご記載ください。

**７)研究成果の取扱い**

この研究の成果は、研究対象者となる患者さん等の個人情報がわからない形にした上で、学会や論文で発表することがある旨をご記載ください。

**８)問い合わせ・連絡先**

この研究についてご質問等ございましたら、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はしませんので、○年○月○日までに下記にお申し出ください。試料・情報の使用を断られても患者さんに不利益が生じることはありません。なお、研究参加拒否の申出が、既に解析を開始又は結果公表等の後となり、当該措置を講じることが困難な場合もございます。その際には、十分にご説明させていただきます。

　獨協医科大学日光医療センター　　看護部

研究担当者　　　　　○○　○○

研究分担者　　　　　○○　○○　（看護師長）

　　連絡先　　　　　　栃木県日光市森友145-1

0288-○○-○○○○（平日：○時○分～○時○分）