

年 月 日

提供を受けた既存試料・情報に関する確認のお願い

(提供元の機関)

(責任者の氏名) 殿

提供先の機関 名称:一般社団法人 日本脊椎脊髄病学会
研究責任者 氏名:細金直文 印

当研究機関において実施する頭書記載の研究に関し、貴施設より既存試料・情報の提供を受けました。提供を受けた試料・情報に関し、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の定めに従い、以下の各事項について確認させていただきます。

つきましては、以下の各事項にご回答いただきたく、お願い申し上げます。

確認事項	回答
提供を受けた試料・情報の取得の経緯	<input type="checkbox"/> 提供元の機関において診療の過程で得られた情報 <input type="checkbox"/> 提供元の機関において保管している診療録その他のカルテの記載内容 <input type="checkbox"/> 提供元の機関において診療の過程で得られた試料の残余検体
研究対象者の同意の取得状況等	<input type="checkbox"/> 文書によりインフォームド・コンセントを受けている <input type="checkbox"/> 口頭によりインフォームド・コンセントを受けている <input type="checkbox"/> ア(ア):匿名化されているもの(特定の個人を識別することができないものに限る。)を提供する場合 <input type="checkbox"/> ア(イ):匿名加工情報又は非識別加工情報を提供する場合 <input type="checkbox"/> ア(ウ):匿名化されているもの(どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できないよう、加工又は管理されたものに限る。)を提供する場合 <input type="checkbox"/> イ:アによることができない場合(オプトアウト及び倫理審査委員会の審査要) <input type="checkbox"/> ウ:ア又はイによることができない場合であって、(※)を満たす場合(倫理審査委員会の審査要)
貴施設における通知又は公開の実施の有無等	<input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 通知又は公開を実施 <input type="checkbox"/> 通知又は公開+拒否機会の保障(オプトアウト)を実施 <input type="checkbox"/> その他適切な措置を実施
対応表の作成の有無	<input type="checkbox"/> あり(管理者:) (管理部署:) <input type="checkbox"/> なし

提供を受けた既存試料・情報に関する回答書

上記の内容のとおり相違ありません。

年 月 日

提供先の機関の長
殿提供元の機関 名称:
機関の長 氏名:
責任者 職名:
氏名: 印