

作成日：2025年 1月 7日

これまでに熱中症または低体温症の治療を受けた患者さんへ 【診療情報の臨床研究への使用のお願い】

順天堂大学医学部附属浦安病院および各共同研究機関では「熱中症と低体温症患者の医学情報等に関する疫学調査に関する研究」という多機関共同研究を行っております。この研究は、本邦における重症熱中症と低体温症の実態を調べることを主な目的としています。そのため、過去に熱中症または低体温症の治療を受けた患者さんの試料、カルテ等の診療情報を使用させていただきます。

- 1.この研究の対象となる患者さんは、熱中症または低体温症の方で、研究実施許可日から西暦2030年3月31日の間に各共同研究機関で入院加療を受けた方です。
 - ・利用させていただく診療情報：診断名、年齢、性別、既往歴、身体所見、血液検査、治療内容（人工呼吸器の有無、温度管理方法など）、転帰
 - ・収集期間：研究実施許可日～西暦2030年3月31日
 - ・試料・情報の管理責任者：順天堂大学医学部附属浦安病院（研究代表者：石原 唯史）
- 2.この研究は順天堂大学医学部医学系研究等倫理委員会の承認および研究機関の長の許可を受け、以下の期間で行われます。また、情報の利用を開始する予定日および外部への提供を開始する予定日は以下のとおりです。
 - ・研究実施期間
各共同研究機関における研究実施許可日 ～ 西暦2030年3月31日
 - ・利用又は提供を開始する予定日
研究実施許可日
- 3.過去の診療情報を使用する研究であり、新たな検査や費用が生じることはなく、また、使用させていただいた患者さんへの謝礼等もありません。
- 4.患者さんの情報は、個人を特定できる情報とは切り離れた上で使用します。また、研究成果を学会や学術雑誌で発表しますが、患者さん個人を特定できる個人情報を含みません。
- 5.この研究の結果、特許などの知的財産が生じる可能性もございますが、その権利は大学・研究者に帰属し、あなたには帰属しません。
- 6.この研究は、日本救急医学会の主導によって実施しておりますので、外部の企業等から

の資金の提供を受けておりません。研究者が企業等から独立して計画し実施することから、特定の企業が研究結果および解析等に影響を及ぼすことはありません。また、本研究の責任医師および分担医師には開示すべき利益相反はありません。

7.情報は、個人が特定できないよう氏名等を削除し、次の方法により提供します。

【主な提供方法】 直接手渡し 郵送・宅配 電子的配信 その他(〇〇)

提供先：パーズ・ビュー社

提供元：順天堂大学医学部附属浦安病院

8. 本研究は以下の体制で実施します。(この研究は複数の研究機関で行います)

<研究代表機関および研究代表者>

順天堂大学医学部附属浦安病院 (研究代表者：救急診療科 石原 唯史)

<共同研究機関および研究責任者>

日本医科大学付属病院 (研究責任者：救命救急科 富永 直樹)

札幌医科大学付属病院 (研究責任者：救急医学講座 文屋 尚史)

自治医科大学付属さいたま医療センター (研究責任者：救命救急センター 守屋 俊)

東京都立多摩総合医療センター (研究責任者：救命集中治療科 金子 仁)

<既存試料・情報のみを収集し提供する機関>

該当なし

<研究協力機関>

該当なし

<委託機関>

該当なし

この研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の規定により、研究者等は、患者さんからインフォームド・コンセント(説明と同意)を受けることを必ずしも要しません。そのため同意を取得する代りに対象となる患者さんへ向けホームページで情報を公開しております。

この研究の対象となる患者さんで、ご自身の情報は利用しないでほしい等のご要望や、研究に関するご質問がございましたら、大変お手数ですが【お問い合わせ先】までご連絡ください。なお、情報の利用についてご了承いただけない場合でも、今後の治療などに影響することはございません。

【お問い合わせ先】

<研究代表機関>

順天堂大学医学部附属浦安病院

連絡先：047-353-3111

救急診療科・石原唯史

<共同研究機関>

機関名：日本医科大学付属病院

連絡先：03-3822-2131

救命救急科 富永 直樹

機関名：札幌医科大学付属病院

連絡先：011-6111-2111

救急医学講座 文屋 尚史

機関名：自治医科大学付属さいたま医療センター

連絡先：048-647-2111

救命救急センター 守屋 俊

機関名：東京都立多摩総合医療センター

連絡先：042-323-9200

救命集中治療科 金子 仁

同意撤回要望書

順天堂大学医学部附属浦安病院 救急診療科 石原 唯史 殿

研究課題名：熱中症及び低体温症患者の医学情報等に関する疫学調査 (Heatstroke & Hypothermia STUDY)

【患者さんの署名欄】

私は、上記研究に自らの意思により参加しません。

撤回日：西暦 年 月 日 患者ID：_____

患者氏名：_____ (自署)

【医師の署名欄】

私は、上記研究の参加を撤回したことを確認しました。

確認日：西暦 年 月 日 所属：_____

氏名：_____ (自署)