

臨床研究における研究対象者等への通知又は公開事項

| | |
|------------------------|--|
| 研究課題 | がん相談支援センター利用者のアンケート調査に関する研究 |
| 試料・情報の収集・利用目的 | がん相談支援センター利用者のアンケート調査 |
| 試料・情報の収集・利用方法 | <input type="checkbox"/> カルテ閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> アンケート <input type="checkbox"/> 聞き取り <input type="checkbox"/> 侵襲的方法 <input type="checkbox"/> その他() |
| 試料・情報の収集源 | <input type="checkbox"/> カルテ <input checked="" type="checkbox"/> カルテ以外() <input type="checkbox"/> 人体から取得された試料 (血液、尿、組織、標本、その他) |
| 利用し、又は提供する試料・情報の項目 | <input type="checkbox"/> カルテ情報 (病歴、看護記録、処方歴、検査結果、その他) <input checked="" type="checkbox"/> アンケート内容 <input type="checkbox"/> 聞き取り内容 <input type="checkbox"/> その他() |
| 提供方法(ある場合) | <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電子媒体 <input type="checkbox"/> その他() |
| 利用する者の範囲 | <input type="checkbox"/> 院内のみ <input checked="" type="checkbox"/> 院外の参加者あり <input checked="" type="checkbox"/> 提供先(大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課) |
| 試料・情報の管理について責任を有する者 | 所属;看護局 職名;看護師 氏名;山田由起子 |
| 利用又は他の研究機関への提供を拒否できる機会 | <input checked="" type="checkbox"/> 保障 ただし、無記名のため回収後は不可能 <input type="checkbox"/> 保障不可能 <input type="checkbox"/> 未定 |
| 研究対象者又は代理人の求めの受付方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ホームページの指定フォーム入力 <input type="checkbox"/> 病院受付 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他() |
| 研究の資金源 | 郵送費用は大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課の一般会計予算より、集計業務・委託費用はがん診療連携拠点病院機能強化事業費より負担 |
| 研究に係る利益相反の状況 | なし |
| 個人の収益などの有無 | なし |