

当院にて培養検査を受けられたことのある 患者さんとそのご家族様へ

当院では、以下の臨床研究を実施しています。この研究の実施にあたっては、当院倫理審査委員会の承認ならびに院長による許可を受け、研究倫理指針および関連法令を遵守します。

また、研究者が公的資金以外に製薬企業などからの資金提供を受けていることはありません。

1. 研究課題名

Streptococcus agalactiae 検出に関する臨床的研究

2. 研究の対象

2016年1月1日～2025年12月31日に当院で培養検査を受けられた方

3. 研究責任者

中央検査部 主任 水野 光

4. 研究目的・方法

2016年1月～2025年12月に当院で培養検査を受けられた方を登録し、発症状況や患者背景、予後に関する分析を行います。

5. 研究期間

許可日～2028年3月31日まで

6. 利用する試料・情報

情報：個人情報、血液検査、細菌検査、画像検査、合併症、予後、再発率など

※患者様のお名前、住所などのプライバシーに関する情報が外部に漏れることは一切ありませんのでご安心下さい。

情報の利用開始日：2026年9月1日

7. 情報の管理責任者

地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 院長

8. 個人情報の取り扱い

お名前、住所などの個人を特定する情報については厳重に管理を行い、学会や学

術雑誌等で公表する際には、個人が特定できないような形で使用いたします。

ご自身の情報を研究に利用することを承諾されない方は『臨床研究登録拒否通知書』を下記連絡先までご提出ください。その場合も、診療上何ら不利な扱いを受けることはありません。

その他、研究に関する資料をご覧になりたい場合、またはご質問等がございましたらご遠慮なくお尋ね下さい。

9. お問い合わせ先

地方独立行政法人三重県立総合医療センター 中央検査部 主任 水野 光

電話：059-345-2321（代表）

三重県立総合医療センター 臨床研究登録拒否通知書

三重県立総合医療センター院長 様

私は、三重県立総合医療センターにおいて、収集された私の既存試料・既存情報（電子カルテ情報等）が下記臨床研究に登録されることを拒否します。

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

臨床研究課題名：Streptococcus agalactiae 検出に関する臨床的研究 _____

（患者様氏名） _____ （自署・代筆） _____

（生年月日） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（診察券番号） _____

※ 必要時記載 代筆者：（氏名） _____

（患者さんとの関係： _____ ）

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記
郵送先にお送り頂くか、当院 1 階総合案内にご提出ください。

郵送先・提出窓口

三重県立総合医療センター 中央検査部 水野 光
〒510-8561 三重県四日市市大字日永 5450-132

本臨床研究登録拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切
ございません。