

## 「多発性硬化症の患者さんへのお知らせ」と「お願い」

労働者健康安全機構 横浜労災病院 院長:梅村 敏  
本研究は横浜労災病院および同倫理委員会の審査・承認を得ています。

「実施中の研究課題名」  
多発性硬化症患者の脳量に関する研究

当院は下記の調査に参加しております。ご不明な点などは当院神経筋疾患部 中山貴博(なかやま たかひろ) までお問い合わせください。

研究の対象:多発性硬化症と診断を受けている患者さんを対象とします。  
研究の意義・目的:多発性硬化症の患者さんの脳量が減少することがあると報告されていますが、数年以上にわたる研究はありません。多くの患者さんの画像を検討させていただくことで脳量の変化度について検討します。

方法:患者さん自身に改めてご負担を強いるものではありません。診察の際に撮影した既存の画像データと臨床的な情報の提供をしていただきます。提供される情報については個人が特定されないように、匿名で行います。

削除等の申し立て:本研究への参加をご承諾されない場合や、研究の詳細な内容をお知りになりたい場合は、下記連絡先にご相談ください。学会発表を予定しているため、平成32年3月31日までにお尋ねください。

期間等:平成30年6月～平成32年3月31日を予定しています

本公告は、医学研究に関する倫理指針に則って公開します。  
平成30年6月\*\*日

### 連絡先

〒222-0036 神奈川県横浜市港北区小机町3211  
横浜労災病院 神経筋疾患部  
電話:045-474-8111(代表)  
本研究責任者:中山 貴博

「多発性硬化症患者の脳量に関する研究」  
同意撤回書

横浜労災病院 院長 殿

課題名 「多発性硬化症患者の脳量に関する研究」

この書面をもって、上記の調査への協力を、撤回します。

撤回書記載日

平成 年 月 日 時 分

代理人の場合

患者氏名(または代理人氏名) 印 続柄

同席者 印 続柄

(自署の場合は捺印不要)

私は、同意が撤回されたことを確認いたしました。

平成 年 月 日

同意撤回確認医師 氏名