

0000 病院を受診している患者さんへ

当院では、下記の研究を実施しています。この研究は、愛知医科大学医学部倫理委員会で倫理的観点及び科学的観点から中立的かつ公正に審査され、研究機関の長に認められた研究です。

今回の研究は、対象となる患者さん一人ずつから直接同意を得て行う研究ではなく、研究内容の情報を公開し、研究対象者となることを拒否できる機会を与えることが求められているものです。この研究へのご質問や研究に係る相談だけでなく、個人情報の開示を希望される場合、研究計画書及び研究の方法に関する資料の入手又は閲覧を希望される場合は、以下の「問い合わせ先」までご連絡ください。研究計画書等は、他の研究対象者等の個人情報及び知的財産の保護等に支障がない範囲内で閲覧が可能です。

記

研究課題名	4学会合同抗菌薬感受性サーベイランスー皮膚科領域感染症ー
研究機関の長(試料・情報の管理責任者)	愛知医科大学病院 病院長 道勇学
研究責任者	(所属) 皮膚科学講座 (職名) 教授 (氏名) 渡辺大輔
研究の対象となる方	研究実施承認日から 2025 年 8 月までに皮膚表在性感染症と診断された患者さん
研究期間	研究実施承認日 から 2026 年 3 月 31 日
研究目的及び利用方法	<p>〔研究目的〕 表在性皮膚細菌感染症を疑われる患者さんを対象として、培養された細菌株の薬剤耐性と地域別の特徴を調べることを目的としています。</p> <p>〔利用方法〕 皮膚感染症由来菌の分析・調査と診療情報の収集</p> <p>〔外部への試料・情報の提供〕 試料・情報は個人が特定できないようにし、分離菌を輸送用培地*に封入し登録番号を記載し、マイクロスカイラボに送付します(業務委託先)。</p> <p>〔外部への提供開始日〕 研究実施承認後</p>
研究に用いる試料・情報の取得方法及び項目	<p>試料：診察時の皮膚ぬぐい液を使用</p> <p>情報：情報</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 情報：年齢、性別、入院・外来</li> <li>2) 検体採取日</li> <li>3) 感染症疾患名(伝染性膿痂疹、細菌性毛包炎、化膿性汗腺炎、皮膚膿瘍、二次感染、その他の皮膚表在性感染症)</li> <li>4) 基礎疾患の有無、有の場合は傷病名</li> <li>5) 過去1年の入院歴、手術歴</li> </ol> <p>90日以内の抗菌薬歴の有無、有の場合は種類</p>
提供する試料・情報を用いる学外の研究責任者	なし
試料・情報を利用する学外の者	株式会社マイクロスカイラボ 代表取締役社長 柳沢英二

試料・情報の利用又は提供を希望しない場合	本研究への試料・情報の利用又は提供を希望しない方は、2025年12月31日までに電話により下記問い合わせ先まで申し出てください。 OO病院 担当者：(職名) OO (氏名) 0000 〒 電話番号
外国への試料・情報の提供	非該当
研究に関する問い合わせ先	愛知医科大学医学部 皮膚科学講座 担当者：(職名) 教授 (氏名) 渡辺大輔 〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1 電話 0561-62-3311 (内線 22284)