

## 施設内における審査について

本調査研究は病院内の倫理審査委員会で審査を受け、調査研究方法が医学的に妥当であり、患者さんの人権が守られていることが確認され、承認を受けております。

## この調査研究の責任者について

この調査研究は、厚生労働省の厚生科学研究費補助金による21世紀型医療開拓推進研究事業のひとつとして行われます。

本研究の主任研究者および研究代表者

国立がんセンター中央病院副院長 土屋了介  
連絡先 国立がんセンター中央病院 電話：03-3542-2511  
FAX：03-3542-3815

## その他

説明の中で、わからないこと、疑問、質問などありましたら、担当医師が答えますので遠慮せずに質問してください。この調査研究についてご理解いただいた上で、参加していただける場合は、同意書にご署名してください。

年 月 日

施設研究代表者

印

担当医師

印

# 同意書

施設名 \_\_\_\_\_

病院長 \_\_\_\_\_ 殿

登録番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 殿

このたび私が、貴院のCT検診を受診し、必要な場合に精密検査、診断、治療を受けるにあたり、「CTによる新たな肺がん罹患率・高危険度群の解明に関する研究」の調査研究について、詳細な説明を受け十分理解しましたので、その実施に同意いたします。

年 月 日

本人氏名(自署) \_\_\_\_\_ 印

今回の「CTによる新たな肺がん罹患率・高危険度群の解明に関する研究」の調査研究に関して、私が説明し、同意を得られたことを確認します。

年 月 日

担当医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

研究協力施設登録申請用紙

CTによる新たな肺がん罹患率高危険度群の解明に関する研究  
研究代表者殿

上記研究に参加したく、所定の書式により申請いたします。

施設名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 施設研究代表者名 \_\_\_\_\_

住所 (〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

CTの製造業者名 \_\_\_\_\_

CTの形式 \_\_\_\_\_

CTデータの外部記録媒体の有無 \_\_\_\_\_ 有 \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_

外部記録媒体の形式 \_\_\_\_\_

電子媒体のフォーマット \_\_\_\_\_

DICOM への変換 \_\_\_\_\_ 可 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ 形式 \_\_\_\_\_

様式Ⅱ-1

国立がんセンター倫理審査委員会審査結果通知書

平成14年 3月29日

土屋了介 殿

倫理審査委員長  
垣添忠生



受付番号 13-28

課題 「CTによる新しい肺がん罹患率高危険度群の解明に関する研究」  
の調査研究

研究者名 土屋了介

上記について、別添の試験研究等審査小委員長の審査結果報告書及び規程第6条2号に基づき、研究計画、~~出版公表原稿~~、報告書を、平成14年3月28日の委員会（開催~~または~~棄議）で審査し、下記のとおり判定した。

記

判定	<input checked="" type="checkbox"/> 承認 条件付承認 不承認 非該当 差し戻し再審査
勧告 或いは 理由	

20010529

以降のページは雑誌/図書等に掲載された論文となりますので  
「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。