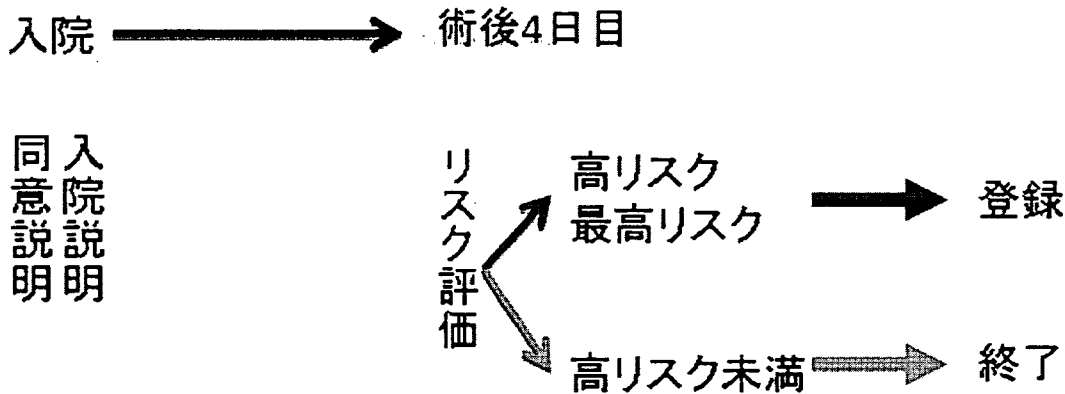


- 2) 神経内科（脳梗塞）、循環器科（心不全）の症例は、入院時に説明を行い、入院後4日目に、リスク評価を行い高リスク、最高リスクと判断された症例の登録を行う。



研究2

研究1に登録した患者で、深部静脈血栓症、肺塞栓症を発症（診断）した時点で登録を行う。

7. 評価項目・観察・検査とスケジュール

1. 研究1

1: 入院時

- 1) 一般所見
年齢、性別、身長(m)、体重(Kg)、喫煙（現在）の有無
- 2) 既往症
下肢静脈瘤、深部静脈血栓症、肺塞栓症の有無
- 3) 家族歴
深部静脈血栓症、肺塞栓の有無
- 4) 治療薬
ワーファリン
エストロゲン製剤
経口避妊薬
アスピリン製剤
- 5) 原疾患
- 6) 手術名
- 7) ヘモグラム、CRP

2: 発症時または1週間後（+3日以内）（外科系は、手術後1週間後、内科系は、入院後1週間後）

- 1) 発症の有り無し、発症日
- 2) 静脈血栓塞栓予防施行の有無および方法
弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法、ヘパリンの使用及び併用、開始日、終了日
- 3) ヘモグラム、CRP、PT-INR、D-dimer
- 4) HIT抗体（ただしHITSが疑われる症例）
- 5) 静脈エコー
D-dimerを測定し、D-dimer $\geq 500\text{ng/ml}$ (LPIA法)の症例。
ただし造影CTを施行した症例は不要
- 6) 造影CT

下肢静脈および肺動脈、深部静脈血栓症、肺塞栓症の発症を疑い確定診断のため施行する。

- 7) 肺血流シンチグラム
肺塞栓症が疑われるが造影CTが施行できない症例で施行。
- 8) 心エコー
ショック、心肺停止症例で、他の検査が施行できない場合。

3：スケジュール表

調査項目	入院時	発症時または 1週間後
患者背景	○	
原疾患	○	
予定手術	○	
血液検査	○	○
静脈血栓塞栓予防施行の有無および方法 ¹⁾	○	○
静脈エコー		○
造影CT		○
心エコー（ショック、心肺停止症例）		○
イベント発症		○

- 1) 弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法、ヘパリンの使用及び併用、開始日、終了日
*ただし、データがそろい次第、速やかに入力する。

2. 研究2

1：発症時

- 1) 発症日（診断日）
- 2) 研究1の1、2
- 3) アンチトロンビンIII、プロテインC、プロテインS、高リン脂質抗体、高カルジオリピン抗体
高ホモシステイン血症
- 4) 自覚症状の有無
下肢腫脹、胸痛、呼吸困難
- 5) 発症時バイタル
血圧、脈拍、SaO₂(room air)、SaO₂ (O₂投与下、ネーザル、マスク、リザーバーマスク、挿管)

2：治療法

- 1) 急性期（発症1週間以内）
ヘパリン（使用量、使用期間）
ウロキナーゼ（使用量、使用期間）
クリアクター（使用量、使用期間）
一時的/永久IVCフィルターの有無
PCPS/IABPの使用の有無
外科的血栓除去術の有無
ワーファリン（内服量）
PT-INR
- 2) 慢性期（退院時、または、発症4週間後）
ワーファリン（内服量）
PT-INR
永久IVCフィルターの有無

3：予後

1) 急性期（発症1週間以内）

再深部静脈血栓症の有無、再肺塞栓症の有無、出血性合併症の有無、死亡（関連死亡、非関連死亡の有無）
（出血性合併症は、輸血が必要な出血、消化管出血、脳出血の有無）

2) 慢性期（退院時、または、発症4週間後）

再深部静脈血栓症の有無、再肺塞栓症の有無、出血性合併症の有無、死亡（関連死亡、非関連死亡の有無）
（出血性合併症は、輸血が必要な出血、消化管出血、脳出血の有無）

5：スケジュール表

調査項目	発症時	1週間後	退院時 (4W後)
発症時状況	○		
急性期治療法		○	
慢性期治療法			○
急性期予後		○	
慢性期予後			○
イベント発症	←	○	→

8. 中止基準

同意撤回時。

9. 目標症例数

1：研究1

10,000症例

2：研究2

2,000 症例

10. 研究期間（登録期間、追跡期間）

1：研究1

登録期間（2.5年） + 追跡期間（1週間） = 総研究期間（2.5年+1週間）

2：研究2

登録期間（2.5年） + 追跡期間（登録終了後4週間） = 総研究期間（2.5年+4週間）

11. 統計学的事項（解析対象集団、解析項目・方法、中間解析）

1. 研究1

11-1 解析対象集団

一般外科（開胸または開腹手術）、産婦人科（開腹手術）、泌尿器科（開腹手術）、脳神経外科（開頭手術）に手術目的で入院した症例、および神経内科（脳梗塞）、循環器科（心不全）で入院した患者のうち、高リスク、最高リスクの症例

11-2 解析方法・解析項目

- 1：科別、リスク別の深部静脈血栓症、肺塞栓症の発生率
- 2：科別、リスク別の深部静脈血栓症、肺塞栓症の重症度別発生率
- 3：予防法の有無による深部静脈血栓症、肺塞栓症の発生率
- 4：予防法の違いによる深部静脈血栓症、肺塞栓症の重症度別発生率
- 5：血栓性素因の関与

11-3 中間解析に関する考え方

予防法による深部静脈血栓症、肺塞栓症の発生率、重症度が他の施設と比較して明らかに違う場合、通達、指導を行う。

2. 研究2

11-1 解析対象集団

一般外科（開胸または開腹手術）、産婦人科（開腹手術）、泌尿器科（開腹手術）、脳神経外科（開頭手術）に手術目的で入院した症例、および神経内科（脳梗塞）、循環器科（心不全）で入院した患者のうち、高リスク、最高リスクの症例で深部静脈血栓症、肺塞栓症を発症した症例

11-2 解析方法・解析項目

- 1：重症度別の予後
- 2：治療法の違いによる予後
- 3：治療法別の合併症の発生率

11-3 中間解析に関する考え方

治療法による深部静脈血栓症、肺塞栓症の予後、合併症が他の施設と比較して明らかに違う場合、通達、指導を行う。

12. 倫理的事項

本研究はヘルシンキ宣言、臨床研究の倫理指針及び疫学研究の倫理指針に基づいて行われる。

インフォームドコンセント：

- ・患者への説明：登録に先立って、担当医は患者本人に施設のIRB 承認が得られた説明文書を患者本人に渡し必要事項の説明を行う。
- ・本研究への参加に際しては、本研究実施計画書および患者への説明文書が中央倫理審査委員会で承認されなければならない。

研究事業を行う上での個人情報保護に関する手段について

本研究は遺伝子情報を扱わず臨床情報のみの解析であるが、臨床データの収集は「連結匿名化」を行った上で中央解析施設に集積し、解析時には個人特定に繋がるデータとは切り離れた状態での解析を行う。

13. 安全性評価

観察研究であるが、中間解析において、著しく発生頻度が高い施設に対して通達、指導を行う。

14. 研究組織（研究責任者、事務局、参加施設、統計解析責任者、登録センター、データセンター）

研究責任者

藤本 和輝

連絡先：独立行政法人 国立病院機構 熊本医療センター 心臓血管センター内科

〒860-0008 熊本市二の丸1-5

TEL:096-353-6501

FAX:096-325-2591

E-mail:fujimoto@kumamoto2.hosp.go.jp

研究事務局

永友 俊二

独立行政法人 国立病院機構 熊本医療センター 庶務課

〒860-0008 熊本市二の丸1-5

TEL:096-353-6501

FAX:096-325-2591

E-mail:nagatomo@kumamoto2.hosp.go.jp

参加施設

独立行政法人 国立病院機構病院で参加希望施設

統計解析責任者

藤本 和輝

連絡先：独立行政法人 国立病院機構 熊本医療センター 心臓血管センター内科

〒860-0008 熊本市二の丸1-5

TEL:096-353-6501

FAX:096-325-2591

E-mail:fujimoto@kumamoto2.hosp.go.jp

登録センター、データセンター

独立行政法人 国立病院機構本部 医療部研究課

臨床研究支援・教育センター (CSECR)

〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21

TEL:03-5721-5075

FAX:03-5712-5084

E-mail:csecro@nho.hosp.go.jp

15. 研究結果の発表

研究結果は、国内、海外の循環器学関連学会での発表、ならびに、学術誌への投稿により、公表の予定である。

16. 参考文献

1. 肺塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン。2004
2. Second Thromboembolic Risk Factors (THRIFT II) Consensus Group. Risk of and prophylaxis for venous thromboembolism in hospital patients. *Phleology* 1998;12:87-97
3. Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, et al. Prevention of venous thromboembolism. *Chest* 2001;119:132S-175S

4. Sullivan SD, Kahn SR, Davidson BL, et al. Measuring the outcomes and pharmacoeconomic consequences of venous thromboembolism prophylaxis in major orthopaedic surgery. *Pharmacoeconomics* 2003;21:477-496
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism: a national clinical guideline. 2002;SIGN Publication No. 62. Available at: <http://www.sign.ac.uk>. Accessed April 16, 2003
6. Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. The prevalence of risk factors for venous thromboembolism among hospital patients. *Arch Intern Med* 1992;152:1660-1664
7. Rosendaal FR. Risk factors for venous thrombotic disease. *Thromb Haemost* 1999;82:610-619
8. Kearon C, Salzman EW, Hirsh J. Epidemiology, pathogenesis, and natural history of venous thrombosis. In: Colman RW, Hirsh J, Manrder VJ, et al. *Hemostasis and thrombosis: basic principles and clinical practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: JB Lippincott, 2001;1153-1177
9. Heit JA, O' Fallon WM, Petterson TM, et al. Relative impact of risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population-based study. *Arch Intern Med* 2002;162:1245-1248
10. Anderson FA, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation* 2003;107:19-116
11. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 1999;353:1167-1173
12. Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: the Worcester DVT study. *Arch Intern Med* 1991;151:933-938
13. Prothero SR, Parkes JC, Stinchfield FE. Complications after low-back fusion in 1000 patients: a comparison of two series one decade apart. *J Bone Joint Surg Am* 1966;48:57-69
14. Lindblad B, Eriksson A, Bergqvist D. Autopsy-verified pulmonary embolism in a surgical department: analysis of the period from 1951 to 1968. *Br J Surg* 1991;78:849-852
15. Stein PD, Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. *Chest* 1995;108:978-981
16. Todd CJ, Freeman CJ, Camilleri-Ferrante C, et al. Differences in mortality after fracture of hip: the East Anglian audit. *BMJ* 1995;320:904-908
17. Baglin TP, White K, Charles A. Fatal pulmonary embolism in hospitalized medical patients. *J Clin Pathol* 1997;50:609-610
18. Fender D, Harper WN, Thompson JR, et al. Mortality and fatal pulmonary embolism after primary total hip replacement: result from a regional hip register. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79:896-899
19. Chang JY, Kostuik J, Sieber A. Complications of spinal fusion in treatment of adult spinal deformity [abstract]. *Spine J* 2002;2:55S
20. White RH, Zhou H, Romano PS. Incidence of symptomatic venous thromboembolism after different elective or urgent surgical procedures. *Thromb Haemost* 2003;90:446-455
21. Sandler DA, Martin JF. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients: are we detecting enough deep vein thrombosis? *JR Soc Med* 1989;82:203-205

17. 付表 (APPENDIX)

- 17-1 説明文書・同意書
- 17-2 CRF (観察項目記載用のシート)
- 17-3 症例登録に関する用語の定義
- 17-4 研究組織の用語の定義
- 17-5 各組織の役割
- 17-6 倫理委員会の承認までの流れ

別表 1 (手術・外傷症例)

別表 1-1 手術症例

診療科	低リスク	中リスク	高リスク
一般外科・婦人科・泌尿器科	45分以内の手術	その他の手術	
産科	正常分娩	帝王切開	
脳神経外科	非開頭術	開頭術	

別表 1-2 付加的リスク

(マイナス2点)	40歳未満 (一般外科・婦人科・泌尿器科が対象)
弱い (各1点)	肥満 (BMI ≥ 25.0) エストロゲン療法
中等度 (各2点)	下肢静脈瘤 48時間以上の安静 うっ血性心不全・呼吸不全 悪性疾患 中心静脈カテーテル留置 癌化学療法 重症感染症 60歳以上
強い (各3点)	下肢麻痺 下肢ギブス包帯固定
最強 (各9点)	静脈血栓症の既往 血栓性素因
合計	-2点 1ランク down -1~1点 不変 2~3点 1ランク up 4~6点 2ランク up 7点以上 3ランク up

別表 1-1 と別表 1-2 の結果で最終リスクを決定する。

別表 2-1 (神経内科、循環器科)

	基本リスク	急性リスク
弱い (各1点)	肥満 (BMI \geq 25.0) 喫煙歴 下肢静脈瘤 脱水 ¹⁾ ホルモン補充療法 経口避妊薬服用	COPDの急性増悪 (人工呼吸器は不要)
中等度 (各2点)	70歳以上 中心静脈カテーテル留置 人工呼吸器が必要なCOPD ネフローゼ症候群 炎症性腸疾患 骨髄増殖性疾患	感染症 (安静臥床を要する) 妊婦 進行癌 敗血症 ²⁾ うっ血性心不全 (NYHA III、IV)
強い (各3点)	下肢麻痺 ³⁾	
最強 (各7点)	静脈血栓症の既往 血栓性素因	

1) 脱水：尿比重 $>$ 1.030

2) 敗血症：感染症でかつ下記4項目中、2項目以上を満たすもの。

1. 体温 $>$ 38 $^{\circ}$ C または $<$ 36 $^{\circ}$ C

2. 心拍数 $>$ 90/分

3. 呼吸数 $>$ 20回/分、またはPaCO₂ $<$ 32 mmHg

4. 白血球数 $>$ 12,000/ μ l、あるいは $<$ 4,000/ μ l、または幼若白血球数 $>$ 10%

3) 下肢麻痺：自立歩行ができない麻痺

別表 2-2

合計点数	最終リスク
0点	リスクなし
1点	低リスク
2~4点	中リスク
5~6点	高リスク
7点以上	最高リスク

48時間以上の安静臥床が必要な症例は、リスクの合計点で最終リスクを決定する。

48時間以上の安静臥床を必要としない症例は、リスクの合計点数に関係なく、リスクなしと同等に扱う。

1. 手術リスク評価

		有	無
一般外科 婦人科 泌尿器科	45分以内の手術 その他の手術		
産科	正常分娩 帝王切開		
脳神経外科	非開頭術 開頭術		

参照

診療科	低リスク	中リスク	高リスク
一般外科・婦人科・泌尿器	45分以内の手術	その他の手術	
産科	正常分娩	帝王切開	
脳神経外科	非開頭術	開頭術	

チェックすることにより手術リスクを自動的に評価する

2. 付加リスク評価

		有	無
(マイナス2点)	40歳未満(一般外科・婦人科・泌尿器科が対象)		
弱い(各1点)	肥満(BMI \geq 25.0) エストロゲン療法		
中等度(各2点)	下肢静脈瘤 48時間以上の安静 うっ血性心不全・呼吸不全 悪性疾患 中心静脈カテーテル留置 癌化学療法 重症感染症 60歳以上		
強い(各3点)	下肢麻痺 下肢ギブス包帯固定		
最強(各9点)	静脈血栓症の既往 血栓性素因		

参照

合計	-2点	1ランクdown
	-1~1点	不変
	2~3点	1ランクup
	4~6点	2ランクup
	7点以上	3ランクup

チェックすることにより付加リスクの評価を自動的に行う

3. 内科系リスク評価

		有	無
基本リスク	48時間以上の安静臥床		
弱い (各1点)	肥満 (BMI ≥ 25.0) 喫煙歴 下肢静脈瘤 脱水 ホルモン補充療法 経口避妊薬服用 COPDの急性増悪 (人工呼吸器は不)		
中等度 (各2点)	70歳以上 中心静脈カテーテル留置 人工呼吸器が必要なCOPD ネフローゼ症候群 炎症性腸疾患 骨髄増殖性疾患 感染症 (安静臥床を要する) 妊婦 進行癌 敗血症 うっ血性心不全 (NYHA III、IV)		
強い (各3点)	下肢麻痺		
最強 (各7点)	静脈血栓症の既往 血栓性素因		

合計点数	最終リスク
0点	リスクなし
1点	低リスク
2~4点	中リスク
5~6点	高リスク
7点以上	最高リスク

48時間以上の安静臥床を必要としない症例は、リスク無しと同等に扱う

4. 最終リスク評価

	最終リスク
高リスク	
最高リスク	
その他	

手術リスク、付加リスクでチェックすることにより自動的に最終リスクが評価される
内科系のリスク評価でチェックすることにより自動的に最終リスクが評価される
高リスク、最高リスクと評価された場合のみ次のステップに進む

研究1

1. 入院時所見

1) 一般所見

治験ID

年齢

性別

身長

体重

喫煙(現在)

才
男女
m
Kg
有無

2) 既往歴

下肢静脈瘤

深部静脈血栓症

肺塞栓症

有無
有無
有無

3) 家族歴

深部静脈血栓症

肺塞栓症

有無
有無

4) 治療薬

ワーファリン

PT-INR

エストロゲン製剤

経口避妊薬服用

アスピリン製剤

有無
有無(製剤名)
有無
有無

5) 原疾患

外科、産婦人科、泌尿器科、脳神経外科、神経内科、循環器科

6) 手術名

開胸手術、開腹手術、開頭手術

7) 検査

WBC

RBC

Hb

Plt

CRP

2. 発症時または1週間後(+3日以内)(外科系は、手術1週間後、内科系は、入院1週間後)

1)発症の有無

2) 静脈血栓予防施行

弾性ストッキング	有無
間歇的空気圧迫法	有無
ヘパリン	有無
(使用期間、使用量)	

未分化ヘパリン
カプロシン

3)検査

WBC
RBC
Hb
Plt
CRP
PT-INR
D-dimer

4)検査

HIT抗体(HITが疑われる場合)

5) 静脈エコー

深部静脈血栓症	有無
---------	----

6) 造影CT

深部静脈血栓症	有無
肺塞栓症	有無

7) 肺血流シンチグラム

肺塞栓症	有無
------	----

7) 心エコー

右心負荷の有無	有無
---------	----

研究2

1. 登録時

1) 研究1の1、2(研究1で入力すればそのまま移行する)

2) 血栓性素因

アンチトロンビンII

プロテインC

プロテインS

抗リン脂質抗体

抗カルジオリピン抗体

高ホモシステイン血症

3) 自覚症状の有無

下肢腫脹

有無

胸痛

有無

呼吸困難

有無

自覚症状無し

4) 発症時バイタル

血圧

脈拍

SaO2(room air)

SaO2(O2投与下、投与量)

ネーザル

マスク

リザーバーマスク

挿管

5) 深部静脈血栓症の重症度

I: 血栓が下腿静脈に限局する

II: 血栓が骨盤部静脈に達する

III: 血栓が下大静脈に達する

6)

I: 非広範型

II: 亜広範型

III: 広範型

IV: 心肺停止

2. 治療法

1) 急性期(発症1週間以内)

ヘパリン(使用量、使用期間) 有無

初期投与量

持続投与量

ウロキナーゼ(使用量、使用期間) 有無

クリアクター(使用量、使用期間) 有無

一時的IVCフィルターの有無 有無

永久IVCフィルターの有無 有無

PCPSの使用の有無 有無

IABPの使用の有無 有無

外科的血栓除去術の有無 有無

ワーファリン(内服量)

PT-INR

2) 慢性期(退院時、または、発症4週間後)

ワーファリン(内服量)

PT-INR

永久IVCフィルターの有無 有無

3. 予後

1) 急性期(発症1週間以内)

再深部静脈血栓症	有無
再肺梗塞	有無
出血性合併症	有無

輸血が必要な出血
消化管出血
脳出血

生死	生死
----	----

関連死

肺塞栓
出血死

非関連死

原疾患
その他合併症

2) 慢性期(退院時、または、発症4週間後)

再深部静脈血栓症	有無
再肺梗塞	有無
出血性合併症	有無

輸血が必要な出血
消化管出血
脳出血

生死	生死
----	----

関連死

肺塞栓
出血死

非関連死

原疾患
その他合併症

同意書

独立行政法人国立病院機構
院長 殿

私は、「深部静脈血栓症および肺塞栓症に対する悉皆研究」について、以下の説明を受けました。

- 1)「研究の目的と意義及び方法と期間」
- 2)「研究への参加が任意であること」
- 3)「研究への参加に同意しなくても何ら不利益を受けることはないこと」
- 4)「研究への参加に同意した場合であっても随時これを撤回できること」
- 5)「研究に参加することで期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な状態」
- 6)「この研究に係る資金源、研究者等の関連組織との関り」
- 7)「個人情報の取り扱い」
- 8)「研究計画書の開示」
- 9)「費用負担」

私は、上記について、担当医師から口頭及び文書で十分に説明され、理解したうえで、本研究に参加することに同意します。

研究への参加に同意した日：平成 年 月 日

本人氏名 自筆 代筆：_____

代諾者氏名(自筆)：_____ (続柄)

私は、上記について十分に説明し、同意が得られたことを確認しました。

同意を確認した日：平成 年 月 日

説明者(自筆)：_____

同意撤回書

独立行政法人国立病院機構
院長 殿

記、

この度、私は「深部静脈血栓症および肺塞栓症に対する悉皆研究」に関する研究に参加することに同意しましたことを撤回いたします。

以上

署名欄

平成 年 月 日

本人署名:

同意撤回の意思を確認いたしました。

平成 年 月 日

施設研究責任者:独立行政法人国立病院機構

署名

(*研究者は本意思の確認書のコピー-1部を必ず受け取り保管してください)

深部静脈血栓症および肺塞栓症に対する悉皆研究

研究への参加ご協力をお願い

この研究の目的

深部静脈血栓症は、深部静脈（大腿静脈・膝窩静脈など、体の深部にある静脈）に血栓が出来る病気で、肺塞栓症の主な原因です。原因としては、脱水、感染、長期臥床、手術などがあります。この血栓が血流に乗って肺へ流れ、肺動脈が詰まると、肺塞栓症となります。胸痛、呼吸困難を自覚し、突然死を来すこともある疾患です。欧米では循環器疾患による死亡原因として3番目に多い疾患です。

日本において欧米に比べ認識が低かったため、まれな疾患でしたが、近年、深部静脈血栓症、肺塞栓症に対する認識が高くなり、診断技術が向上し、急激に増加しています。欧米において肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症に対する大規模調査研究が行われ、確立された治療法により、肺塞栓症、深部静脈血栓症の発生頻度、致死的な症例が激減しました。しかし欧米の様な大規模な調査は行われておらず、正確な発生頻度、予防、治療効果は明らかではありません。

この研究は、全国の国立病院機構病院で、深部静脈血栓症および肺塞栓症の高リスク、および、最高リスク群を全例登録し、深部静脈血栓症および肺塞栓症の発生頻度、どのような予防法が有効であるかを調査します。また、深部静脈血栓症および肺塞栓症を発症した患者様に提供している急性期の治療内容がどのような状況にあるかを調査することを目的としています。

ご協力いただきたい内容

あなたは、今回、手術目的（一般外科、産婦人科、泌尿器科、脳神経外科）、脳梗塞（神経内科）、または、心不全（循環器科）で入院されました。その中で深部静脈血栓症および肺塞栓症にたいして高リスク、最高リスクに該当された方の入院期間中のあなたの検査データの一部、投薬やカテーテル治療などの治療内容を、調査研究のために使わせていただくことをお認めいただきたいのです。また、退院時の投薬内容や、経過についても使わせていただくことをお認めいただきたいと存じます。

使わせていただくデータには、あなたのお名前や住所などプライバシーにかかわる事項は一切含まれていません。たとえば、この調査中では、あなたのお名前を用いず、順番につけられたナンバー（番号）でお取り扱いさせていただきます。

使わせていただくデータの具体的な内容は別紙をご覧ください。