

いて細心の注意を払います。

#### **(5) 研究結果等の開示**

研究の結果は、原則として同意されたご本人のみにお知らせします。希望される場合には、ご家族等（後見人、保佐人、親権者、父母、配偶者、成人の子又は兄弟姉妹等）を交えてお知らせすることもできます。その際、内容についてお分かりになりにくい点がありましたら、遠慮なく担当の医師・歯科医師および歯科衛生士にお尋ねください。

ただし、結果が解るまでに数か月を要する場合があります。また、この検査で病気の原因等が必ず解るわけではありません。

#### **(6) 研究成果の公表**

患者様のご協力によって得られた研究の成果は、氏名などが決して明らかにならないようにした上で、学術集会や学術雑誌等で公表されることがあります。

#### **(7) 研究から生じる知的財産権の帰属**

臨床研究の結果として特許権などが生じる可能性があります。その権利は岡山大学に属するため、被験者様がこの特許権などを持つことはできません。また、その特許権などを基として経済的利益が生じる可能性があります。被験者様はこれについても権利がありません。

#### **(8) 研究終了後の試料の取扱い**

被験者様から提供いただいた試料は、研究終了後、速やかに廃棄処分されますので、他の使用目的に利用されることはありません。

#### **(9) 費用負担等**

この研究に必要な費用の負担を被験者様にお願いすることは一切ありませんが、交通費や謝礼金の支給もありません。

#### **(10) 同意及びその撤回**

この研究について理解して協力に同意される場合は、別紙の「同意書」に署名してください。

一度同意された場合でも、いつでも撤回することができます。その場合は、担当の医師、歯科医師および歯科衛生士に口頭で伝え、別紙の「同意撤回書」に署名してください。

なお、研究の協力を断っても、また同意を取り消されても、それによって何ら不利になることは決してありません。

#### (11) 質問・苦情等の受付先

所属 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病態制御科学専攻病態機構学講座（歯周病態学分野）

職名 教授

氏名 高柴正悟

電話番号：086-235-6675

e-mail: stakashi@cc.okayama-u.ac.jp

## 同意書

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 殿

トヨタ自動車株式会社・安全健康推進部・主査 殿

私は「口腔内細菌叢の変化を指標にした後期高齢者の老人性肺炎の予知診断システムの開発」について、担当医師・歯科医師あるいは歯科衛生士 \_\_\_\_\_ から、別紙「説明書」を用いて詳しい説明を受け、その内容を十分理解しました。今後の医学の進歩のために、次の条件で研究協力に同意します。

I. 説明を受け、下記の項目を理解しました。

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| 7. 研究協力の任意性           | 7. 研究から生じる知的財産権の帰属 |
| 8. 研究計画               | 8. 研究終了後の試料の取扱い    |
| 9. 患者様にもたらされる利益および不利益 | 9. 費用負担等           |
| 10. 個人情報の保護           | 10. 同意及びその撤回       |
| 11. 研究結果等の開示          | 11. 質問・苦情等の受付先     |
| 12. 研究成果の公表           |                    |

II. 上記Iですべての項目ご理解いただいた方は、次をお読みいただき、「はい」または「いいえ」のいずれかに○印をお付けください。

① 提供する試料等が、この研究に使用されることに同意します。

( ) はい ( ) いいえ

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(試料提供者) 氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

生年月日 明治・大正・昭和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(ご家族等) 氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

生年月日 明治・大正・昭和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

患者との続柄 \_\_\_\_\_

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

(担当医師・歯科医師・歯科衛生士欄)

本研究に関して、私が説明し同意が得られたことを証します。

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

所属 \_\_\_\_\_

注) 1. 氏名欄には、自署にて記名してください。

2. 担当医師・歯科医師あるいは歯科衛生士に提出した後、この「同意書」のコピーをお受け取りください。

## 同意撤回書

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 殿  
トヨタ自動車株式会社・安全健康推進部・主査 殿

私は、「口腔内細菌叢の変化を指標にした後期高齢者の老人性肺炎の予知診断システムの開発」に関する同意書に署名しましたが、以下の同意を撤回することを、担当医師・歯科医師・あるいは歯科衛生士 \_\_\_\_\_ に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(同意撤回者) 氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

生年月日 明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(ご家族等) 氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

生年月日 明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者との続柄 \_\_\_\_\_

住所・連絡先 \_\_\_\_\_

(担当医師・歯科医師・歯科衛生士欄)

本研究に関する同意撤回書を、私が受領したことを証します。

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

所属 \_\_\_\_\_

注) 1. 氏名欄には、自署にて記名してください。

2. 担当医師・歯科医師あるいは歯科衛生士に提出した後、この「同意書」のコピーをお受け取りください。

疫学研究     
  ヒトゲノム・遺伝子解析研究     
  臨床研究等  
**倫 理 審 査 申 請 書**

申請日：平成 21 年 1 月 23 日

受付番号：\_\_\_\_\_

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 殿

下記のとおり申請します。

研究責任者：所属 大学院医歯薬学総合研究科  
 病態制御科学専攻 病態機構学講座  
 歯周病態学分野

職名 教授  
 氏名 高柴正悟 印

委員会報告者：所属 医学部・歯学部附属病院 歯周科

職名 講師  
 氏名 成石浩司 印

## 1. 研究課題名

肺炎における臨床・細菌学的検討

### ■実施計画

- 岡山大学単独での研究
- 岡山大学を主管校とする多施設共同研究（全施設名を列举又はリストを添付）
- 他施設を主管校とする多施設共同研究（全施設名を列举又はリストを添付）
- 主管：小野市民病院内科
- 共同研究機関：京都大学医学部附属病院呼吸器内科  
                     岡山大学（本研究申請者）

出版公表原稿

## 2. 研究分担者

所属	職名	氏名
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病態制御科学専攻病態機構学講座歯周病態学分野	准教授	前田博史
岡山大学医学部・歯学部附属病院 歯周科	講師	成石浩司
岡山大学医学部・歯学部附属病院 歯周科	医員	加古 綾

## 3. 所属長等サイン(署名)

\_\_\_\_\_

※項目を選択する場合は、□は■に塗りつぶすこと。  
 ※句読点は「, (カンマ)」と「. (マル)」で統一すること。





- 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病態制御科学専攻病態機構学講座歯周病態学分野研究室
- 小野市民病院医局
- 京都大学医学部附属病院呼吸器内科研究室

## (7) 研究実施期間

始期 : 平成 21 年 2 月開催の倫理委員会承認後 平成 年 月 日  
 終期 : 平成 24 年 3 月 31 日

## (8) 研究資金

運営費交付金 : 約 50 万円 委任経理金 : 円 産学連携等研究費 : 円  
科学研究費補助金 (種目: 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学研究総合事業) 約 50 万円  
その他 ( ): 円

# 6. 研究に使用する資料

## (1) 資料の収集

### 1) 診療情報等

既存の診療情報等を使用する。

- 病歴書 : 医師用 看護師用 その他 ( )
- 血液検査 : 末梢血 生化学 その他 ( )
- 画像診断 : X線 CT MRI その他 ( )
- 生理学検査 : 心電図 脳波 肺機能 その他 ( )
- 手術の記録 : 術者用 麻酔医用 看護師用 その他 ( )
- 病理学検査 : 細胞 組織 その他 ( )
- 感染症検査 : 細菌 ウイルス  ( )
- 質問紙調査 : 測定尺度名 ( )
- 染色体検査 : 生殖細胞 腫瘍細胞 その他 ( )
- その他 ( )

既存の診療情報等は使用しない。

新たな診療情報を取得する。

- 病歴書 : 医師用 看護師用 その他 ( )
- 血液検査 : 末梢血 生化学 その他 (歯周病原細菌に対する血中の IgG 抗体価)
- 画像診断 : X線 CT MRI その他 ( )
- 生理学検査 : 心電図 脳波 肺機能 その他 ( )
- 手術記録 : 術者用 麻酔医用 看護師用 その他 ( )
- 病理学検査 : 細胞 組織 その他 ( )
- 感染症検査 : 細菌 ウイルス
- 質問紙調査 : 測定尺度名 ( )
- 染色体検査 : 生殖細胞 腫瘍細胞 その他 ( )
- その他 ( )

※項目を選択する場合は、はに塗りつぶすこと。  
 ※句読点は「, (カンマ)」と「. (マル)」で統一すること。



## 2) 試料 (ヒト組織等)

既存の試料を使用する。

使用する試料の種類：

被験者の同意の有無

同意あり (同意を得た時の説明書等を添付)

同意なし ( 研究承認後新たに同意を得る  新たに同意を得る予定はない)

新たに同意を得ない理由：

■ 既存の試料は使用しない。

■ 新たな試料を採取する。  健常者  患者

■ 血液 採取回数：期間中 3回 1回当たりの量： 1ml

骨髄 採取回数：期間中 回 1回当たりの量： ml

その他 ( 喀痰 ) 採取回数：期間中 3回 1回当たりの量： 1ml

試料の採取は、被験者自身の疾病の診断・治療に必要な検査等を実施する際に付随的に行うのではなく、本研究を実施するためだけに行う。

■ 試料の採取は、被験者自身の疾病の診断・治療に必要な検査等を実施する際に、研究に使用する量を增量して行う。

## (2) 資料の匿名化

■ 資料を匿名化する。

■ 連結可能匿名化 資料の種類： 医療カルテ

匿名化の時期：  研究開始時  研究期間中の一定の時期  研究終了時

匿名化の方法：診療資料は、カルテの一部であるため診療施設において通常の診療録として厳重に管理する。血液、喀痰サンプルは検査内容に応じて適切な検査機関(会社)に検査依頼され、検査結果は小野市民病院へ返却され、診療資料として診療録と同じく厳重に管理する。

得られた患者資料は、統計解析のため小野市民病院が管理するコンピュータ内(小野市民病院医局内に設置、セキュリティ対策済み)にデータとして保存される(データの管理者：研究総責任者、小野市民病院非常勤医、京都大学医学部附属病院呼吸器内科助教 伊藤功朗内科医師、対象患者の主治医)。なお、データの入力の際には、上記研究責任者が一定則にしたがって割り振った患者IDを用いて、小野市民病院のカルテIDと連結される連結可能匿名化を行う。これによって資料は、小野市民病院においては連結可能であるが、一部資料の解析を行う岡山大学の研究者には匿名化がなされたことになり、研究のまとめおよび成果の公表の際には個人が特定されることは一切ない。

連結不可能匿名化 資料の種類：

匿名化の時期  研究開始時  研究期間中の一定の時期  研究終了時

匿名化の方法：

連結不可能にしない理由： 解析結果を提供者に通知する。  提供後の臨床データが必要。

※項目を選択する場合は、は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「、(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。

□その他 ( )

□資料を匿名化しない。 資料の種類：

匿名化しない理由：医療カルテのため、匿名化

### (3) 資料の保存と廃棄

■研究終了後、資料を保存する。 資料の種類：医療カルテから抽出した患者臨床データベース  
保存が必要な理由：新規の研究課題に対して、今回作製した臨床データベースを活用して再度の  
解析を行う可能性があるため。

■保存した資料を別の目的に使用する際は、本学倫理委員会に改めて申請し承認を得る。

■保存した資料を別の目的に使用する際に改めて被験者の同意を得る。

□保存した資料を別の目的に使用する際に改めて被験者の同意を得ない。

改めて同意を得ない理由：

保存場所：

□岡山大学(具体的な保存場所：

□施錠可能 □施錠不可能)

■共同研究施設(具体的な保存場所：小野市民病院医局内の保管庫 ■施錠可能 □施錠不可能)

□研究終了後、資料を廃棄する。 資料の種類：

資料廃棄の方法：

□オートクレーブ滅菌後焼却 □シュレッダーにて裁断

□その他 ( )

■被験者が研究参加の意思表示を撤回した場合、資料を廃棄する。

□被験者が研究参加の意思表示を撤回した場合、資料を廃棄しない。

理由：□連結不可能匿名化されている。

□廃棄しないことで個人情報明らかになるおそれが極めて小さい。

□その他 ( )

### (4) 資料解析の委託

□外部検査機関等へ資料解析を委託する。

解析を委託する資料の種類：

外部委託機関名及び所在地：

匿名化の方法 □連結可能匿名化 □連結不可能匿名化

□匿名化しない(被験者の同意が得られている。)

■外部検査機関等へ資料解析を委託しない。

### (5) 試料の登録

□試料を組織・細胞・遺伝子バンク等へ登録する。

登録する試料の種類：

登録施設名及び所在地：

匿名化の方法 □連結可能匿名化 □連結不可能匿名化

□匿名化しない(被験者の同意が得られている。)

※項目を選択する場合は、□は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「,(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。

## 7. 被験者保護等

### (1) 被験者の自由な選択の保障

■何ら不利益をうけることなく自由意思で、研究への参加・不参加を選択できること、また、一旦、研究に同意を示した場合であっても、その研究参加の意思表示を撤回できることを保障する。被験者が同意撤回の意思を表明した場合、その旨は担当医師（京大所属、研究の総責任者）によって速やかに診療録に記載されると同時に、関連の資料は廃棄される。

### (2) 被験者のプライバシー及び個人情報の保護

■被験者のプライバシー及び個人情報の保護に努める。

### (3) 被験者の費用負担

研究に参加した場合に被験者の費用負担がある。

保険診療の範囲内 全額自己負担（負担額：                          円）

一部自己負担（負担額：                          円） その他（                          ）

■研究に参加した場合に被験者の費用負担はない。

### (4) 研究に参加した場合に被験者の受ける利益・不利益、危険性

利益 あり 内容：

■なし

不利益 あり 内容：採血時に、歯周病原細菌に対する血清 IgG 抗体価測定用に約 1 ml の血液を増量して行うこと。

なし

危険性 あり 内容：

■なし（採血は熟練した医療技術者によって行われるので（真空採血管を使用）、何ら危険性はない。）

### (5) 代諾者の選定

■代諾者を置く。

代諾者を置かなければならない理由：対象が超高齢者なので、意思疎通困難な場合があるため。

被代諾者の種類

未成年（20歳未満 16歳以上 16歳未満）

未成年であっても 16歳以上の場合は代諾者とともに本人の承諾も得る。

■認知症等で本人の意思が確認できない成人

死者

その他（                          ）

代諾者の種類

父母 親権者 配偶者 成人の子 成人の兄弟姉妹又は孫

祖父母 同居の親族又はそれらの近親者に準ずると考えられる者

後見人 保佐人 その他（                          ）

代諾者を置かない。

※項目を選択する場合は、は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「，（カマ）」と「。（マル）」で統一すること。

## (6) 損失補償

本研究の実施によって発生する損失に対する補償がある。

補償の内容：

本研究の実施によって発生する損失に対する補償はない。

## 8. 研究結果

### (1) 研究結果の開示

研究結果を本人へ開示する。

原則として開示 希望者に開示

研究結果を本人へ開示しない。

理由：

研究結果を代諾者へ開示する。

原則として開示 本人の同意を条件として開示

希望者に開示

研究結果を代諾者へ開示しない。

理由：

研究結果を家族等（遺族を含む）へ開示する。

原則として開示 本人の同意を条件として開示

希望者に開示

研究結果を家族等（遺族を含む）へ開示しない。

理由：

### (2) 研究結果の公開

研究結果を公開する。

開の方法：論文発表 学会発表 インターネット掲載

その他（ )

研究成果は公開しない。

理由：

### (3) 特許権等

特許権等が発生する可能性がある。

その特許権等の帰属先：

岡山大学 研究者個人 その他（ )

特許権等が発生する可能性はない。

### (4) 研究利益

研究の完成によって得られる経済的利益（企業からの寄付等。特許によるものを除く）の有無

あり その経済的利益の抛出機関（企業名等）：

その経済的利益の帰属先：

研究者個人 （ ) 分野<科，部等> その他（ )

なし

※項目を選択する場合は、はに塗りつぶすこと。  
※句読点は「，(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。

## 9. 共同研究機関

共同研究機関がある。  国内の機関  外国の機関

共同研究機関の名称（多数の場合は別紙に記載し添付）：小野市民病院，京都大学医学部

共同研究者 所属・職名・氏名（多数の場合は別紙に記載し添付）：

所属	職名	氏名
京都大学医学部附属病院呼吸器内科 (小野市民病院内科)	助教 (非常勤医師)	伊藤功朗
京都大学医学部附属病院呼吸器内科	講師	室繁郎
京都大学医学部附属病院呼吸器内科	教授	三嶋理晃

主管となる機関の名称：小野市民病院

本研究における岡山大学の役割（該当する項目はすべて記入）

研究の総括  検査  試料の採取

その他：具体的に記入（患者の口腔内診査・検診，歯周病原細菌に対する血清 IgG 抗体検査結果と口腔内診査の結果との統計学的関連の解析）

本研究における共同研究機関の役割（該当する項目はすべて記入）

研究の総括  検査（喀痰の培養細菌検査，内科的一般臨床検査）  試料の採取

その他：具体的に記入（ ）

他機関が主管となる場合の当該機関における倫理審査委員会の承認

あり（承認通知書のコピーを添付）

なし

外国の機関と共同研究を行う場合の適用する倫理指針の種類

日本の倫理指針

相手国の倫理指針（国名： \_\_\_\_\_ ※相手国の指針を添付(訳文添付)）

相手国の倫理指針を適用する理由：

以下のすべての条件（a～d）を満たす。

- 相手国において日本の指針の適用が困難
- インフォームド・コンセントが得られている。
- 個人情報保護されている。
- 相手国において科学的・倫理的妥当性について承認されている。

相手国の基準が日本の指針よりも厳格である。

共同研究機関はない。

## 10. 本研究の問い合わせ先

研究実施担当者

所属：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病態制御科学専攻病態機構学講座歯周病態学分野

職名：教授 氏名：高柴正悟

学内内線番号：6675 PHS: 2815

e-mail：stakashi@cc.okayama-u.ac.jp

※項目を選択する場合は，□は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「，(カマ)」と「。(マル)」で統一すること。

## 疫学研究の補足事項

### □介入研究

□人体から採取された試料を用いる。

□試料の採取が侵襲性を有する。

→文書によるインフォームド・コンセント必要(説明書・同意書・同意撤回書添付)

□試料の採取が侵襲性を有さない。(説明書・同意書・同意撤回書は添付不要)

→文書によるインフォームド・コンセント不要(説明書・同意書・同意撤回書不要)。

ただし、口頭によるインフォームド・コンセント必要。この場合説明内容および受けた同意に関する記録が必要。

説明内容及び受けた同意の記録方法：

□人体から採取された試料を用いない。

□個人単位で行う介入研究である。

→文書によるインフォームド・コンセント不要(説明書・同意書・同意撤回書不要)。

ただし、口頭によるインフォームド・コンセント必要。この場合、説明内容および受けた同意に関する記録必要。

説明内容及び受けた同意の記録方法：

□集団単位で行う介入研究である。

→インフォームド・コンセント不要(説明書・同意書・同意撤回書不要)。

ただし、研究実施について情報(a.～d.)を公開し、研究対象者となることを拒否できるようにする必要あり。

a. 当該研究の意義、目的、方法

b. 研究機関名

c. 保有する個人情報に関して情報公開の求めに応じる手続き(手数料が必要な場合はその額)

d. 問い合わせ、苦情等の窓口の連絡先

公開すべき事項の周知方法：

□提供者へ個別に通知

□インターネットへの情報公開及びポスター掲示

(ポスター掲示場所： )

□その他( )

上記a～dについて、周知方法に応じた公開の内容について作成して添付すること。

### ■観察研究

■人体から採取された試料を用いる。

■試料の採取が侵襲性を有する。

→文書によるインフォームド・コンセント必要(説明書・同意書・同意撤回書添付)

□試料の採取が侵襲性を有さない。

→文書によるインフォームド・コンセント不要(説明書・同意書・同意撤回書不要)。

※項目を選択する場合は、□は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「,(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。

ただし、口頭によるインフォームド・コンセント必要。この場合説明内容および受けた同意に関する記録必要。

説明内容及び受けた同意の記録方法：

人体から採取された試料を用いない。

既存試料等以外の情報に係る試料を用いる。

→インフォームド・コンセント不要(説明書・同意書・同意撤回書不要)。

ただし、研究実施について情報(a.～d.)を公開し、研究対象者となることを拒否できるようにする必要あり。

a. 当該研究の意義, 目的, 方法

b. 研究機関名

c. 保有する個人情報に関して情報公開の求めに応じる手続き(手数料が必要な場合はその額)

d. 問い合わせ, 苦情等の窓口の連絡先：

公開すべき事項の周知方法：

提供者へ個別に通知

インターネットへの情報公開及びポスター掲示

(ポスター掲示場所： )

その他 ( )

上記 a～d について、周知方法に応じた公開の内容について作成して添付すること。

既存試料等のみを用いる。

→インフォームド・コンセント不要(説明書・同意書・同意撤回書不要)。

ただし、研究実施について情報(a.～d.)を公開する必要あり。

a. 当該研究の意義, 目的, 方法

b. 研究機関名

c. 保有する個人情報に関して情報公開の求めに応じる手続き(手数料が必要な場合はその額)

d. 問い合わせ, 苦情等の窓口の連絡先：

公開すべき事項の周知方法：

提供者へ個別に通知

インターネットへの情報公開及びポスター掲示

(ポスター掲示場所： )

その他 ( )

上記 a～d について、周知方法に応じた公開の内容について作成して添付すること。

※項目を選択する場合は、はに塗りつぶすこと。  
※句読点は「,(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。

# 患者さんへの説明書

殿

上記研究に対して参加をお願いしています。もしよろしければあなたの自由意思によりご協力ください。

## 1. 研究の目的

今回あなたは、肺炎という細菌感染症にかかりました。近年、抗生物質が効きにくい細菌が増えています。抗生物質の効果などを調べたり、菌への抗体の有無を調べ、患者さんの病状との関係を見ます。

## 2. 調査方法について

喀痰の検査などで出てきた菌や、通常の検査で余った血液や尿を保存させていただくものです。のちほど、抗生物質が菌に有効か、菌の病原性がどのくらい強いのか、どの菌に対して患者さんが抗体を持つかなどを調べます。調査は、京都大学や岡山大学の専門施設に検体を送り、そこで行います。本調査に参加されても通常の医療費以外の追加負担はありません。

## 3. プライバシーの保護

この調査の結果は、学会や学術雑誌で発表されることもありますが、患者さんの個人情報外部に公表されることは一切ありません。

平成 年 月 日

小野市民病院内科（京都大学医学部附属病院呼吸器内科） 伊藤 功朗

小野市民病院内科主治医

参考添付資料（小野市民病院倫理医承認済み書類）

※項目を選択する場合は、□は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「、(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。



# 同 意 書

私は、本研究の実施に際し、同研究に関する説明を別紙説明書および口頭により本研究担当医師から受け、下記の点を確認した上、参加することに同意します。

1. 本研究の目的・方法
2. 同意をいつでも撤回でき、また撤回しても不利益を受けず、病気に対する最善の処置を受けられること
3. プライバシーは最大限に尊重されること

患者氏名\_\_\_\_\_

平成 年 月 日

本人(又は代諾者)署名 \_\_\_\_\_

参考添付資料 (小野市民病院倫理医承認済み書類)

※項目を選択する場合は、□は■に塗りつぶすこと。  
※句読点は「,(カンマ)」と「。(マル)」で統一すること。

厚生労働科 研 究 長 寿 科 学 総 合 事 業 ( 検 診 時 用 )

診査結果の提出先: 〒114-0015 東京都北区中里2-18-5 (株)山手情報処理センター  
阿部俊一様 TEL 03-3949-4521, e-mail: abe@yamate-info.co.jp

医療機関名	診査者名	Dr名	IDNo.	診査日	年	月	日
-------	------	-----	-------	-----	---	---	---

患者氏名	性別	男・女	年齢	身長	cm	体重	kg	喫煙の有無	有・無
------	----	-----	----	----	----	----	----	-------	-----

口腔内状態

現存歯数	口腔乾燥
	普通・乾燥

使用	義歯の状態
有・無	清掃状態
	良好・不良

口腔清掃
良好・不良

口腔ケア
有(清拭・嚥下訓練)・無

嚥下障害の有無
有・無

歯周組織検査

歯石(+:あり, -:なし)	CPI (0~4)							個人コード (最大値)
	16/17	11	26/27	46/47	31	36/37		
上顎								
頬側								
出血(BOP)(V:あり)								
ポケット深さ(mm)								
ポケット深さ(mm)								
出血(BOP)(V:あり)								
歯石(+:あり, -:なし)								
右	7	6	5	4	3	2	1	
舌側								
出血(BOP)(V:あり)								
ポケット深さ(mm)								
ポケット深さ(mm)								
出血(BOP)(V:あり)								
歯石(+:あり, -:なし)								
左								
0:健全								
1:プローピング後の出血								
2:歯石沈着								
3:浅いポケット(4~5mm)								
4:深いポケット(6mm以上)								
X:診査対象外								

細菌検査(検診時)

総菌数	A.a	P.g	P.i
-----	-----	-----	-----

血清IgG抗体価(検診時)

A.a	E.c	総IgG
P.g	P.i	

唾液検査(検診時)

唾液量	ml	LDH	unit/ml	遊離ヘモグロビン	mg/dl
-----	----	-----	---------	----------	-------

日常生活

介護給付の状況		食事摂取
自立・要支援1・要支援2・経過的要介護・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		普通食・軟食・流動食・代替栄養(経鼻・胃瘻)

基礎疾患

脳血管障害	心臓疾患	その他(基礎疾患名を記入)
有・無	有・無	

肺炎の既往
有・無

CRP
-----

特記事項
------

<input type="checkbox"/> 必須項目	<input type="checkbox"/> 選択項目
-------------------------------	-------------------------------

厚生労働科 研 究 長 寿 科 学 総 合 事 業 (発熱時用)

診査結果の提出先: 〒114-0015 東京都北区中里2-18-5 (株)山手情報処理センター  
 阿部俊一様 TEL 03-3949-4521, e-mail: abe@yamate-info.co.jp

医療機関名	診査者名	Dr名	DH名		IDNo.	記入日	年	月	日	
患者氏名	性別	男・女	年齢	身長	体重	kg	喫煙の有無			有・無

発熱(37.5度以上)

検診時からの日数	体温(度)	CRP	内科的診断名
日目			

37.5度以上の発熱日数	最高体温(度)
連続	日間

唾液検査

唾液量	LDH	unit/ml	遊離ヘモグロビン	mg/dl
ml				

特記事項

細菌検査

総菌数	A.a	P.g	P.i

血清IgG抗体価

A.a	E.c	総IgG
P.g	P.i	

<input type="checkbox"/> 必須項目	<input type="checkbox"/> 選択項目
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
初回検診時のデータを転用	

**厚生労働科研長寿科学総合事業 (発熱時用)**

診査結果の提出先: 〒114-0015 東京都北区中里2-18-5 (株)山手情報処理センター  
阿部俊一様 TEL 03-3949-4521, e-mail: abe@yamate-info.co.jp

医療機関名	診査者名	Dr名	DH名	IDNo.	記入日	年	月	日
患者氏名	性別	男・女	年齢	身長	体重	kg	喫煙の有無	有・無

**死亡時**

検診時から日数	日目
原因	

<input type="checkbox"/> 必須項目	<input type="checkbox"/> 選択項目
-------------------------------	-------------------------------

特記事項

初回検診時のデータを転用