

# 同 意 書

京都大学医学部附属病院長 殿

研究課題名 抗うつ剤治療に併用する普及型認知行動療法のパイロット研究

私は、うつ病に対する普及型認知行動療法について研究の実施に際し、同研究に関する説明を別紙説明書により担当医師から受け、下記の点を確認した上、参加することに同意します。

1. 治療或いは研究の目的・方法
2. 使用する普及型認知行動療法プログラムの性質
3. 予想される利益・不利益
4. 他の治療方法の有無・内容
5. 本治療の開始前・開始後に関わらず、本試験の同意をいつでも撤回でき、また撤回しても何ら不利益を受けず、原疾患に対する最善の処置を受けられること
6. プライバシーは最大限に尊重されること
7. 費用負担または謝礼

患者氏名 \_\_\_\_\_

同意日 平成 年 月 日

本人署名 (自筆) \_\_\_\_\_

本臨床試験に関する説明を行い、自由意思による同意が得られたことを確認します。

施設名・診療科 \_\_\_\_\_

説明医師 氏名 (自筆) \_\_\_\_\_

本同意書は、本人と担当医師が一部ずつ保管する。

## 症例登録用紙

施設名 京都大学医学部附属病院  
 担当医師名 \_\_\_\_\_

カルテ番号	
患者イニシャル	姓 _____ 名 _____
初診日	_____年_____月_____日
年齢	
性別	

### 主治医記入欄

	主治医チェック欄
現在、DSM-IV の大うつ病、単一エピソードまたは反復性、のエピソード(部分寛解を含む)にある	<input type="checkbox"/>
担当医が認知行動療法の適応があると判定した	<input type="checkbox"/>
現在、大うつ病、および不安障害以外の DSM-IV の I 軸疾患を有さない	<input type="checkbox"/>
DSM-IV の II 軸疾患を有さない	<input type="checkbox"/>

同意取得日	_____年_____月_____日
教育(年数で)	_____年
就労状況	<input type="checkbox"/> フルタイム就業者 <input type="checkbox"/> パートタイム就業者 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> 無職
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 独身(一度も結婚していない) <input type="checkbox"/> 独身(離婚または別居) <input type="checkbox"/> 独身(死別) <input type="checkbox"/> 結婚
大うつ病初発年齢「今までに今回ほどの落ち込みが 2 週間以上続いたことがありますか。それはおいくつの時ですか」	_____歳
大うつ病エピソード回数(今回を含めて)「そうすると、今回ほど落ち込むことが 2 週間以上続いたのは、全部で何回ありますか」	_____回
今回エピソードの持続月数「今回は何年何月頃から落ち込み始めたのでしょうか」	_____年_____月
今回エピソードの治療開始日	_____年 _____月 _____日
現在の処方内容	
現在の診療区分	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
現在治療中の身体疾患	

登録番号	
------	--

