〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日

**既存情報の提供に関する記録**

川崎医科大学　学長　殿

＜提供元機関＞

　名　称：〇〇〇〇〇〇

　住　所：〇〇〇〇〇〇

　機関の長（職名・氏名）：〇〇〇〇・〇〇〇〇〇〇

　提供者（主治医など）: 〇〇〇〇・〇〇〇〇〇〇

＜提供先機関＞

　名　称：川崎医科大学

　研究代表者：分子遺伝医学教室　大友孝信

研究に用いる既存情報を貴施設へ提供いたします。内容は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 詳細 |
| 提供元機関内管理番号 | 任意記載 |
| 研究課題名 | ライソゾーム病、ペルオキシソーム病の早期診断に資するレジストリ研究（川崎医科大学倫理承認番号：6165） |
| 提供する情報 | 診断相談に必要な既存の医療情報 |
| 取得の経緯 | 提供元の機関において診療の過程で得られた医療情報  （診断的研究で過去に取得した情報を含む） |
| 同意の取得状況 | 研究の説明及び拒否の機会についての説明（別紙の手渡し）または、研究班の説明済み。 |
| 匿名化の有無 | 直ちに個人を特定できない形への匿名化すみ。 |

※本様式は患者説明後に研究代表者まで送付してください。

※内容が確認できれば、提供元機関の様式を使用しても構いません。

※提供元機関の長は既存情報の提供事項について把握しておく必要があります。