

## 患者様およびご家族様へ

### 「脳卒中における就労支援リハビリテーションに係る調査」

#### へのご協力をお願い

#### 1. はじめに

当院では、京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センターから依頼を受け、疾患に対するリハビリテーション実施に関するアンケート調査に協力しています。この調査には、患者様の診療に伴って発生する医療情報を用いる事が不可欠となります。そこで、この研究における患者様の医療情報等の取り扱いや研究のための手続きなどについて説明させていただきますので、ご理解とご協力を頂きますようお願い致します。

#### 2. 診療情報等の利用と管理について

本研究は茨城県立中央病院の倫理委員会により承認され、病院長の許可を得て行っております。

本研究の対象となるのは 2024年10月～2025年3月までに当院で脳卒中の入院加療をされた患者様です。すでに電子カルテに記録された医療情報を調査に使わせて頂きますので、皆様にはこれ以上のご負担をおかけすることはございません。個人情報を使用せず、全体数等が京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センターへ提供され、本研究の結果を解析するために使われます。本研究に関する当院の情報管理責任者はアボットみのりです。

#### 3. 同意または不同意について

この研究への診療情報提供の同意・不同意は患者様の自由意志であり、同意しない場合でも、なんら不利益を受けることはありません。診療情報提供をご希望されない方は、お手数ですが下記連絡先までご連絡いただくか、備え付けの書類にご署名頂き最寄りのナースステーションまたは臨床研究推進センターまで提出をお願い致します。

#### 4. 研究成果の公表について

この研究によって得られた研究成果などが、科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、公開内容には個人のプライバシーに関わることは含みません。

ご不明な点やご質問などございましたら下記連絡先までお願い致します。

2024年 10月 16日

〒309-1793 笠間市鯉淵 6528 TEL 0296-77-1121 (代)  
茨城県立中央病院 リハビリテーション技術科 アボットみのり

## <不同意書>

茨城県立中央病院 病院長 殿

私は、「脳卒中における就労支援リハビリテーションに係る調査」の多機関共同研究に同意致しません。

\_\_\_\_\_年 月 日

患者様ご氏名

ご家族ご氏名

(ご本人様またはご家族様ご署名)

\* ご家族様にご署名頂いた場合は、患者様ご本人のお名前もご記入下さい

(本不同意書を受け取った職員は、臨床研究推進センターにご連絡下さい。)