弘前大学医学部附属病院で診療を受けられる皆様へ

本院では、下記の研究を実施しておりますのでお知らせいたします。

本研究の対象者に該当する可能性のある方で、情報を研究目的に利用されることを希望されない患者さんもしくは患者さんの代理人の方は、下記の連絡先までお申し出ください。

1. 研究課題	名	膝複合靭	帯損傷の流	台療成績	の検言	<u>4</u>				
2. 対象患者	. 対象患者		以下の期間に膝複合靭帯損傷に対して当科で治療を行った患者様							
3. 対象とな	る期間		2000年	4月	1日	~	2030年	3月	31日	
4. 実施診療	1. 実施診療科等		整形外科							
5. 研究責任		氏名	木村 由	佳		所属	整形外科			
6. 共同研究/ (共同研究 者)	幾関 E機関研究責任					なし				
7. 研究の意	·義	な合併症にすること	は膝窩動服 さあります	哌損傷で₹ 「。複数回	あり、 i iの手	診断や治療	て生じる外で い遅れは でいる治療・! いません。	患肢温	存を困難	
8. 研究の目		を調査す	ることです。				傷に対する			
	供する資料等お こ提供する場合	不安定性 す。また、 について ⁵ 無にかか	の有無)、[通常診療ほ も調査させ わらずご証	画像所見 時に行っ ていただ 3載いたた	,(X線 ている きます ごくアン	検査、CT、 膝関節機i っ。このアン ッケートです	無、膝関節 MRI)など(能を評価す ケートはオ ケので、本語)ではありま	の情報を 「るアンク S課題へ 課題へ同	: 収集しま テート結果 : の参加有	
10. 個人情報	の保護	せん。本記開示できる表、論文作 担否の申だし、すで	果題により ます。また、 乍成に限定 し出があっ	得られた データの し、個人 た阿合に 果公表済	データ)使用 が特定 t対象	は本人が は本課題I Eされるこ。 者から除タ	を特定する 申請した場 こ関連した とはありまっ トし、データ ・タを収集で	合にの。 学術会 せん。 患 アを削除	みこれを 義での発 者様より します。 た	
11. 利益相反	に関する状況		突する調査							
12. 連絡先		弘前大学医学部附属病院整形外科 木村 由佳								
		電話	0172 - 3	39 - 5083	3	FAX	0172 - 36	o - 3826		

提出先:医学部附属病院総務課総務グループ(総務・広報担当) mail:jm6453@hirosaki-u.ac.jp 事前に大学院医学研究科倫理委員会の審査を経て許可されている必要があります。

(許可通知の写しを添付のこと)