


## 研究情報公開資料（オプトアウト用）

この公開情報をご覧になって、

1. ご自身が研究の対象になっているのかがよくわからない
2. 研究の内容や利用される試料・情報について詳しく知りたい
3. ご自身の情報が研究に用いられることを拒否したい

～この場合はお申し出により、試料や情報の研究への利用を停止します

などの場合は、下記 12.の「お問い合わせ先」までご連絡ください

研究管理番号 (受付番号)	YCR18032
1 研究課題名	Combining technique of local flap and partial toe transfer for finger nail plasty
2 研究機関および 研究責任者 (研究分担者) (共同研究機関)	研究機関 医療法人社団あんしん会 四谷メディカルキューブ 研究責任者 手の外科マイクロサージャリーセンター 医師 平瀬雄一 
3 研究期間 調査期間	研究期間 開始：院長許可後 ～ 終了：2019年10月30日 情報等調査期間 開始：2010年1月1日 ～ 終了：2018年11月30日
4 研究の背景・目的 ・意義・方法等	爪移植手術の術後のトラブルを避けるために行っている術中の工夫と手術法の改善について、その結果を調べて報告する。
5 研究の対象 となる方	上記期間内に当院で爪移植術を受けた患者様が対象
6 <u>試料・情報等の 利用目的、利用方法</u>	論文の作成
7 <u>研究に用いる試料・ 情報の種類(項目)</u>	手術内容、術前後の機能回復データ、写真、ビデオ資料などを研究に用います
8 <u>試料・情報を利用 する者の範囲</u>	四谷メディカルキューブ手の外科マイクロサージャリーセンターの所属医師
9 <u>試料・情報の 管理責任者</u>	上記2に示した研究責任者
10 計画書等の閲覧	研究計画書及び研究の方法に関する資料を閲覧可能です。 下記 12.のお問い合わせ先までご連絡ください。ただし、知的財産権の保護等に支障がある場合は閲覧できないこともあります
11 その他の開示 すべき情報	個人情報については、一定の条件の下で開示可能です。 下記 12.のお問い合わせ先までご連絡ください。ただし、他の対象者の個人情報に支障があるなどの場合は開示できないこともあります。
12 お問い合わせ先	試料・情報が研究に用いられることについて、ご本人（あるいは代理人）が了承されない場合は、下記の連絡先までお申し出ください。 四谷メディカルキューブ手の外科マイクロサージャリーセンター 医師 平瀬雄一 連絡先 電話 03-3261-0401 Fax 03-3261-0402

診療情報を研究に用いるにあたっては、個人情報保護のため個人を識別できない状態にして 6.の目的のためだけに使用します。また研究成果を学会や論文で発表する際は、「個人を特定できる情報を削除した上でデータ処理、解析」したものを使用します。