FAX 送信先：06-6879-3929

メール宛先：ymurai@envi.med.osaka-u.ac.jp

症例 FW_連携施設窓口担当医師用
連絡票（アンケート）

協力医療機関等および研究連携施設ご担当(連絡窓口)の先生方へ

このたびはHPVワクチン接種後の症状を有する患者の診療にともない、本調査研究へのご協力賜わりまして誠にありがとうございます。 ご多忙の所、誠に恐れ入りますが、下記のアンケートにご回答の上、ご返送くださいますようお願い申し上げます。

I. IRB（倫理委員会における審査）の申請について

IRB 申請における進捗状況をお聞かせ願いたいと存じます。該当するものに◯をつけてください。

1. IRB 承認済み　　2．IRB 申請中もしくは準備中　　3．IRB 等の審査機関を持たない

II. メーリングリストへのご参加（メールアドレスの登録）について

今後、窓口担当の方のメールアドレスをメーリングリストにご登録させていただき、情報交換等を目的とするご案内メールの一斉送信およびデータ入力の際の入力フォーマット（REDCap システム）の送付等に使用させていただきたいと存じます。ご了承いただけるか否かにつきましてご回答お願いいたします。（該当するものに◯）

メールアドレスの登録について：　　1．登録可　　2．拒否

1．の方のみご記入ください。　ご登録用メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

III. おおよその登録予定症例数　（＊同意、不同意にかかわらず、見込み数でご回答ください。）

平成　　年　　月　　日現在、　　症例数：　約　　症例

＊今後の症例数変動の可能性について、（該当するものに◯）：

1．増える可能性あり　　2．減る可能性あり　　3．現状のまま　　4．わからない

IV. ご担当医師名・所属診療科名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

貴施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊＊　ご協力ありがとうございます　＊＊

【手順の概要】

- IRB 承認されましたら、事務局までご連絡ください（「承認通知書」を FAX または PDF でメール添付）。
- 事務局より、IRB 承認順に「機関識別番号」をすみやかに付与して各研究連携施設までお知らせします。
- 症例の登録（レジストリ）およびフォローアップの手順：

1）症例リスト A（機関内連番と個人情報の対応表）の作成※1および IC 書類の管理
　＊様式 FW_OR（リスト A）および個々の参加同意書は貴施設内で厳重管理をお願いします。
2）参加者（患者）もしくは主治医に、調査票（質問票、回答票）の記入要領を説明し、毎月回収願います
3）回収した個別の回答票はインターネット経由で、所定のクラウドデータベース（REDCap※2）に入力
4）調査協力支援金支払申請書（振込依頼書）は初回のみ、参加者（患者）から直接，事務局宛提出
5）毎月、回答票（原本）を１ヵ月分をまとめて専用封筒（予め事務局よりお届けします）にて提出
　＊回答票原本は、月々の調査協力支援金の支払い根拠書類となります。予め複写をおとりいただいても結構です。

※1　リスト A（対応表）は、貴施設内で保管・管理をお願いいたします。調査期間中の入力データの整合性確認のためお問い合わせすることがあります。尚、約半年ごとに個人情報を消去した対応表（リスト B、様式 FW_DI）を事務局までご提出いただきます。提出時期につきましては、別途、事務局よりご案内させていただきます。

※2　初回登録のみ事務局にて入力いたします。***REDCap システム***の利用方法参照ください。