

# 研究協力をお願い

昭和大学歯科病院では、下記の臨床研究(学術研究)を行います。研究目的や研究方法は以下の通りです。この掲示などによるお知らせの後、臨床情報の研究使用を許可しない旨のご連絡がない場合においては、ご同意をいただいたものとして実施されます。皆様方におかれましては研究の趣旨をご理解いただき、本研究へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

この研究への参加を希望されない場合、また、研究に関するご質問は問い合わせ先へ電話等にてご連絡ください。

小学校言語障害通級指導学級から紹介され受診した患者の実態調査	
<b>1. 研究の対象および研究対象期間</b>	2012年4月1日から2024年3月31日に昭和大学歯科病院で口腔機能リハビリテーション科を受診した患者さんのうち、小学校言語障害通級指導学級(ことばの教室)から紹介されて受診した患者さん
<b>2. 研究目的・方法</b>	口腔機能リハビリテーション科には、ことばの教室から紹介され受診なさる患者さんがいらっしゃいます。今回の研究では、紹介された患者さんの受診目的や症状を診療録を用いて調査することで、医療機関に求められる役割を検討します。
<b>3. 研究期間</b>	昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会審査後、委員会から発行される「審査結果通知書の承認日」より、研究実施機関の長の研究実施許可を得てから2025年1月31日まで
<b>4. 研究に用いる試料・情報の種類</b>	初回受診日、性別、年齢、紹介元施設、疾患名、受診目的、治療方針
<b>5. 外部への試料・情報の提供</b>	該当いたしません
<b>6. 研究組織</b>	研究責任者 研究機関名 昭和大学歯科病院 氏名 多々良紘子

## 7. お問い合わせ先

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせください。ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、研究計画書及び関連資料を閲覧することができますのでお申出ください。また、試料・情報が当該研究に用いられることについて患者さんもしくは患者さんの代理人の方にご了承いただけない場合には研究対象者としませんので、下記の連絡先までお申出ください。その場合でも患者さんに不利益が生じることはありません。

照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先：

所属：昭和大学歯科病院リハビリテーション室 氏名：多々良紘子  
住所：大田区北千束 2 - 1 - 1 電話番号：03(5498)1929