

( 機関保管用・研究協力者保管用 )

## 研究同意書

説明日：令和 年 月 日

説明者所属： 浜松市国保糖尿病性腎症重症化予防対応薬局

薬局名： \_\_\_\_\_

説明者： \_\_\_\_\_

( 研究責任者の氏名・職名・連絡先 )

浜松市薬剤師会 中村太紀 薬剤師 053-455-2976

このたび、「糖尿病性腎症重症化予防のためのかかりつけ薬局の取り組み」に関する研究に参加するに当たり、担当者より以下の項目につきまして十分に説明を受けました。

- ① 研究の目的：薬局での療養指導や受診を勧めることにより、糖尿病性腎症の進行や重症化の抑制に貢献できるかを調査します。
- ② 研究の方法：特定健診結果において、今後リスクが考えられる方や治療中断者に対して医療機関受診前にかかりつけ薬局において、検査結果をもとに受診勧奨、療養指導を行います。
- ③ 研究への参加予定期間： 2021年5月1日～2023年4月30日
- ④ 予想される臨床上の利益や危険性または不便：ありません
- ⑤ 研究への参加は協力者の自由意思によるものであり、研究への参加を随時拒否・撤回が可能です。また、これによって協力者が不利な扱いを受けません。
- ⑥ データの管理には細心の注意を払うこと：氏名はイニシャルのみ、住所もわからないようにいたします。
- ⑦ 結果の公表の仕方については協力者のプライバシーは保全されること：個人が特定されない形で集計いたします。

上記内容を十分に理解し承知した上で、自ら本研究に参加することに同意致します。

本人署名または代理の方の氏名： \_\_\_\_\_

( 本同意書は、研究協力者と研究責任者が一部ずつ保管する )