臨　床　研　究　（□ 終了、□中止）　報　告　書

※該当するものにチェックしてください

　　　　提出日（西暦）　　　年　　月　　日

宮崎県医師会臨床研究倫理審査委員会委員長　殿

＜申請者（研究責任者）＞施設名・所属

氏　名

電　話

e-mail

以下の臨床研究を（□ 終了、□ 中止）したので報告いたします。※該当するものにチェックしてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．管理番号　第　　　　　　号２．臨床研究名

|  |
| --- |
|  |

３．研究期間および進捗報告期間

|  |  |
| --- | --- |
| 計画時の研究期間 | （西暦）　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 実際の研究期間 | （西暦）　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

４．目標症例数および報告期間における同意取得（実施症例）数等

|  |  |
| --- | --- |
| 進捗報告期間における同意取得（実施症例）数 | 　　　　例 |
| 累計同意取得（実施症例）数 | 　　　　例 |
| ※目標症例数（申請者が所属する施設） | 　　　　例 |
| ※多機関共同研究の場合に全体の目標症例数 | 　　　　例 |

５．インフォームド・コンセントの方法（該当するものにチェックしてください）

|  |
| --- |
| * 文書による　　　□　公示によるオプトアウト

□　その他の方法（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

６．研究成果の概要（研究結果について簡潔に記載ください）

|  |
| --- |
|  |

７．論文・学会発表の有無（該当するものにチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 論文・学会発表の有無 | □ 学会発表あり　　□論文発表あり　　□いずれもなし※ありの場合は以下に詳細を記載ください |
| 学会名・投稿先 |  |

８．有害事象の発生状況（該当するものにチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 有害事象の発生状況 | □ 有害事象あり　　（　□ 重篤な有害事象あり）□ 有害事象なし・非該当 |
| 有害事象の詳細※「あり」の場合に記載 |  |

９．試料・情報の保管の状況（該当するものにチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 保管方法 | □ 研究実施計画書の記載通り　　□ 上記以外（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保管状況 | □ 試料・情報の保管なし　□ 保管中□ 上記以外（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

１０．外部の機関への試料・情報の提供（該当するものにチェックしてください）※外部機関へ試料・情報を提供している場合、提供先、提供した試料・情報の内容とその数量を記載してください。

|  |
| --- |
| □ 提供なし　　□ 提供あり（以下に詳細を記載）　 |
| 詳細 |  |

１１．研究実施計画書、倫理指針等の遵守状況（該当するものにチェックしてください）

|  |
| --- |
| □ 遵守している　　□ 遵守していない（以下に詳細を記載） |
| 逸脱内容 |  |

１２．その他、報告事項（例：臨床試験登録の登録番号やモニタリングの実施状況等）

|  |
| --- |
|  |

 |