

情報公開文書

1. 提供データに関する事項	
研究課題、利用目的、 利用方法、等	一側感音難聴の実態調査（審査番号 2020191NI）
研究代表者・責任者	東京大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 研究責任者 山嵜達也
利用し、提供する試料・ 情報の項目及び取得方法 利用する者の範囲	2018年4月～2020年3月までに初診された方で一側の中重度以上の感音難聴を認めた患者
研究予定期間	承認日～2025年3月31日
提供先機関名称	東京大学医学部附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 研究責任者 山嵜達也
提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 電子的記録媒体での提供(スワードで保護された USB メモリ) <input type="checkbox"/> 紙媒体での提供 <input type="checkbox"/> その他()
試料・情報の管理について 責任を有する者・問合せ先	ベルランド総合病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 氏名：三上 慎司 堺市中区東山 500-3 Tel:072-234-2001 ※医学研究等への利用について同意頂けない場合はお申し出下さい。不同意の場合でも皆様の診療に不利益になることはありません。

2. 確認事項	
①研究対象者の同意の 取得状況	<input type="checkbox"/> 文書により本人の同意を受けている <input type="checkbox"/> 口頭により本人の同意を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 匿名化されているもの(特定個人を識別することができないもの)を提供する場合 <input type="checkbox"/> 匿名化されているもの(どの研究対象者の試料・情報であるかが直ちに判別できないよう加工されたもの)を提供する場合 <input type="checkbox"/> その他()
②当施設における通知 又は公開の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 通知又は公開＋拒否機会の保障(オプトアウト)を実施 <input type="checkbox"/> 通知又は公開を実施 <input type="checkbox"/> その他()
③匿名加工情報における 対応表作成の有無	<input type="checkbox"/> あり(管理部署・管理者:) <input checked="" type="checkbox"/> なし