

研究協力のお願ひ

この研究は、大阪医科薬科大学 研究倫理委員会にて審査され、研究機関の長の許可を受けたくうえで実施しております。ご理解・ご協力のほど、よろしくお願ひ致します。

大阪医科薬科大学 整形外科学教室

記

研究の名称	上肢の絞扼性神経障害に対する超音波による手内在筋評価
対象	研究実施許可日から 2026 年 3 月 31 日までの期間に当院整形外科に通院または入院された患者さん、またはその付き添いの方。 この研究には、80 人の患者さんまたは健常者の方に参加していただく予定です。
研究期間	研究実施許可日 ~ 2026 年 12 月 31 日
試料・情報の利用 目的及び利用方法	利用目的：この研究は、健常者さんの手の筋肉を超音波を用いて検査し、年齢、性別、手の大きさ、握力などによる手の筋肉の変化を明確にすることで、検査の有効性を調べることを目的としています。今回の研究結果により、今後手根管症候群、肘部管症候群の患者さんの手の超音波検査の比較を行うことで、診断や治療に役立つことが期待されています。 利用方法：患者さんの診療情報を抽出し、手の超音波画像、握力、ピンチ力。手の大きさの計測値と合わせて解析を行います。抽出した情報は、加工して個人を特定できないように対処したうえで取り扱います。研究結果は学会や学術誌で発表される予定です。

研究参加拒否書

大阪医科薬科大学 学長 殿
大阪医科薬科大学病院 病院長 殿

大阪医科薬科大学
研究責任者 藤野 圭太郎 殿

研究の名称	上肢の絞扼性神経障害に対する超音波による手内在筋評価
-------	----------------------------

私は、上記研究への参加について検討した結果、研究参加を拒否します。

年 月 日 対象者 住所

氏名(自署)

ご本人が自署できない場合は、代諾者の方がご記入ください。

代諾者(続柄:)

住所

氏名(自署)