

臨床研究に関する情報公開文書

「乾燥自覚症状に基づいたシェーグレン病患者の分類と臨床像」の研究について

ご協力のお願い

当院では下記の臨床研究を実施しております。

【対象】に該当すると思われる方で、本調査研究に関するご質問や調査の対象となることを希望されない場合は、下記問い合わせの研究責任者までお申し出ください。

1. 研究の対象

2017年2月1日～2025年6月30日に倉敷成人病クリニックを受診し、口の乾燥自覚症状のアンケート調査を行ったシェーグレン病患者さん。

2. 研究目的・方法

過去の研究から、シェーグレン病患者さんが訴える乾燥自覚症状と検査結果にある程度の関連があることが分かっています（参考資料：臨床リウマチ 2023；35：13-21）。

今回、乾燥自覚症状にもとづいて似通ったグループに分類し、それぞれの臨床像に違いがあるかを調べることを目的にした研究を行います。乾燥自覚症状にもとづく分類で疾患活動性や臨床像が異なることが分かれば、治療戦略を考える上で参考になります。

3. 研究に用いる試料・情報の種類

病歴、アンケート調査結果、血液検査、呼吸機能検査、レントゲン検査、CT検査の情報を使用します。

4. 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、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：

研究責任者：西山 進

所属：倉敷成人病クリニック リウマチ科

住所：岡山県倉敷市白楽町 250-1

電話番号：086-422-2110（代表） 平日 9 時～17 時

FAX 番号：086-422-2115