

試料/情報の授受に関する記録

研究課題名： 日本における新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染妊婦の実態把握のための 多施設共同レジストリ研究		
承認番号： B	研究責任者氏名： 大西 庸子 連絡担当者氏名： 大西 庸子	研究実施期間： 承認日～（西暦）2025年 4月30日 まで

（西暦）2023 年 8 月 25 日

いずれかの にチェック

北里大学病院・北里大学東病院・北里大学医学部で行う研究である

（チェックのみで事務局に提出）

他施設との共同研究である（下記の表を記載し事務局に提出）

(1)(2)いずれかの場合、片方のみ記載し、他方は空欄とすること

(1) 他の施設へ試料/情報の提供を行う研究

（複数の機関に提供する場合、全ての機関名および研究責任者名を記載）

提供先の機関名	神戸大学大学院医学研究科
提供先の機関の研究責任者名 （所属・職位を記載のこと）	山田 秀人 （神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野・教授）
提供元の機関の名称 （提供元に を付けること）	北里大学病院・北里大学東病院・北里大学医学部
提供元の研究責任者名 （所属・職位を記載のこと）	大西 庸子（北里大学病院産科・診療講師）
試料/情報の項目	診療記録
試料/情報の取得の経緯	当院にて診療の過程で得られた診療情報
（同意を受けて実施する場合） 研究対象者の氏名等	

(2) 他の施設より試料/情報の提供を受けて実施する研究

（複数の機関から提供を受ける場合、全ての機関名および研究責任者名を記載）

提供先の機関名 （提供元に を付けること）	北里大学病院・北里大学東病院・北里大学医学部
提供先の機関の研究責任者名 （所属・職位を記載のこと）	例) (本学教職員)
提供元の機関の名称	例) 大学、 研究所
提供元の研究責任者名 （所属・職位も記載のこと）	例) 大学(× ×)、 研究所(xx xx)
試料/情報の項目	例) 血液、毛髪、診療記録
試料/情報の取得の経緯	例) 大学にて診療の過程で得られた試料の残余検体 例) 大学にて研究計画書に従い新たに取得した試料
（同意を受けて実施する場合） 研究対象者の氏名等	提供された試料等が匿名化され特定の個人を識別できない 場合には記載不要
（提供元が民間企業の場合） 機関の長の氏名 機関の住所	