

# 北里大学病院・北里大学東病院を受診された患者さまへ

当院では下記の臨床研究を行っています。

本研究の対象者に該当する可能性のある方で診療情報等を研究目的に利用または提供されることを希望されない場合は、下記の問い合わせ先にお問い合わせ下さい。

|                                     |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 研究課題名<br>(受付番号/承認番号)                | Leber 遺伝性視神経症の臨床的特徴                                                                                                                                  |
| 当院の研究責任者<br>(所属・職位)                 | 医療衛生学部視覚機能療法学・教授 石川均                                                                                                                                 |
| 他の研究機関および<br>各施設の研究責任<br>者          |                                                                                                                                                      |
| 本研究の目的                              | 本研究の目的は、Leber 遺伝性視神経症の臨床的特徴の検討を行うことです。                                                                                                               |
| 調査データ<br>該当期間                       | 2007 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までの情報を調査対象とする。                                                                                                       |
| 研究の方法<br>(使用する試料等)                  | <p>●対象となる患者さま<br/>上記期間内に当院を受診した方のうち、遺伝子検査でミトコンドリア変異を認めた方</p> <p>●利用する情報<br/>詳細：年齢、性別、診断名、発症時期、治療内容、家族歴、発症要因、検査結果(屈折、視力、対光反射、CFF、視野、視神経乳頭所見、塩基番号)</p> |
| 試料/情報の<br>他の研究機関への<br>提供<br>および提供方法 | 他の機関への試料・情報の提供はない                                                                                                                                    |
| 個人情報の取り扱い                           | 利用する情報から氏名や住所等を直接特定できる患者様の個人情報は削除致します。また、研究成果は学会等で発表を予定していますが、その際も患者様を特定できる個人情報は利用しません。                                                              |
| 本研究の資金源<br>(利益相反)                   | 本研究に関連し開示すべき利益相反関係にある企業等はありません                                                                                                                       |
| お問い合わせ先                             | 所属・職位:眼科・視能訓練士<br>担 当 者:沼澤勇輝（ヌマザワユウキ）<br>電 話:090-1211-0618                                                                                           |
| 備考                                  |                                                                                                                                                      |