

JDCP study 試験担当医 各位

糖尿病データベース構築委員会委員長
(JDCP study 研究リーダー)
小 林 正(富山大学附属病院 院長)

《 症例報告書の記載についての重要なお知らせ 》

先生方におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、JDCP study にご理解ご協力いただきまして誠にありがとうございます。

本研究は2年目を迎えることとなりました。登録期間の延長により、今から1年目をスタートさせるご施設、2年目をスタートさせるご施設等がありますので、下記についてご一読いただきますよう、お願い申し上げます。

また、本紙以降には、施設代表医師の「メーリングリスト登録のお願い」がございます。お手数ではございますが、事務局までFAXをお願いいたします。

●JDCPstudy の検査項目について●

研究に参加いただく患者さんの内科、眼科、歯科受診はすべて保険適応内で、保険の差額は通常通り患者さんにお支払いいただくこととなりますので、無料ではありません。

本研究の検査項目は、糖尿病を発症し、合併症を診ていく上では、最低限年1回検査が必要とされているものになっておりますが、歯科や眼科は他の施設へかかっている患者さんもおられ、この研究のすべての項目に参加することができない場合も考えられます。

眼科受診についても、年1回の受診が必要とされており、自己負担を条件にご参加いただくこととなります。

歯科の場合、一般の糖尿病患者さんでは「必ずしも受診が必要」と考えられていないのが通常と思われます。

歯科の場合は問診と歯科医所見がありますが、内科主治医が行う問診だけでも構いません。

また、他の診療科へご紹介の際は紹介状などに本研究へ参加中であることをお知らせいただくと幸いです。

●2年目の開始時期について●

2年目の開始は1年目の症例報告書の5ページ目右上にあるデータ採取日を基点とした1年後にスタートします。試験書類は、次期が近付きましたら事務局またはデータセンターより送られてきます。

初年度の報告した時に、一番初めに登録した症例と一番最後に登録した症例に4ヶ月以上の開きがある時は、3ヶ月毎に分けられ、数回にわたって症例報告書が届きます。また、お届けの際は、症例報告期間の早いもの順になった症例一覧表をつけております。

ご登録いただいた症例番号順にはなっておりませんので、ご希望がございましたら、症例順になったリストをデータセンターよりお渡しすることもできます。

また、1年分の書類、および症例リストをまとめて必要とされる場合は、ご連絡いただければ、ご希望に沿うようにご対応させていただきます。

データ採取可能期間は、基点の一年後の前後3ヶ月、計6ヶ月の間でデータを採取し報告いただきます。

2年目からはエンドポイントが認められた場合にはエンドポイントについてもご報告いただきます。

●試験参加医師の異動について●

重要なお知らせ、ニュースレター・2年目の試験書類が返送されてきております。5年間の研究において医師の異動が想定されますので、異動があった際は、お手数ですが、データセンターまたは事務局までお知らせください。

詳しくは、データセンターまたは事務局までお問い合わせください。

■データセンター (株)シーポック :担当 中村、鈴木 TEL:03-3840-9291 FAX:03-5840-9295

■事務局 富山大学 :担当 松岡 TEL:076-434-7248 FAX:076-434-5072

※8月22日～29日は事務局閉鎖となります。誠に申し訳ございませんが、お問い合わせへのご返事は遅れる場合がございます。

メーリングリスト・FAX 登録のお願い

JDCPstudy 事務局：富山大学内

FAXNo:076-434-5072

今後のお知らせは、できるだけメール、FAX などで行っていく予定です。メーリングリストの作成、FAX 同報送信の設定が必要なことから、貴施設の JDCPstudy 試験代表(取りまとめ)医師の下記情報を事務局までお知らせ願います。症例報告書は代表医師名で送付いたします。

ご登録について

- ◆ 試験代表医師1は、できるだけ今後2年間の異動が予定されない医師でお願いします。
- ◆ 可能であれば、施設で2名以上の登録をお願いします。
- ◆ E-MAIL は大きく、活字体で記入してください。(筆記体ではなく)
- ◆ 代表医師が異動する場合、変更になる場合はデータセンターまたは事務局までお知らせください。
- ◆ E-MAIL アドレスがない場合は、FAX でのご連絡になります。

※登録予定数をお知らせください。

※施設名 :
※所在地 :
※登録予定数 : ()

試験代表医師1	※は必須です。
※氏名	
※E-MAIL	
※TEL	
※FAX	

試験代表医師2	
氏名	
E-MAIL	
TEL	
FAX	

試験代表医師3	
氏名	
E-MAIL	
TEL	
FAX	