

子宮頸がん

診 療 科	婦人科
対 象 疾 患	子宮頸部腺癌、子宮頸部扁平上皮がん、子宮頸部腺扁平上皮癌
参加するための基準	【参加いただける主な条件】 1. 女性の患者さん 2. 18 歳以上 3. FIGO2018 分類ⅢA 期～ⅣA 期 【参加いただけない主な条件】 1. 子宮頸部小細胞癌（神経内分泌腫瘍）又は粘液性腺癌と診断された患者さん 2. 転移性疾患の所見が認められた患者さん
ご理解いただきたいこと	このほかにもいくつかの基準があり、基準に合致しない場合は、安全上の理由等により、参加できません。 また、参加人数に制限がありますので、掲載期間中でも参加できないことがあります。
そ の 他	当院は厚生労働省指定の「特定機能病院」ですので、受診の際に、他の医療機関からの紹介状がない場合、医療費とは別に「選定療養費」として 8,800 円（税込）をお支払いいただくことになります。

お問い合わせ先

婦人科

治験責任医師 小玉 美智子

治験分担医師 亀井 裕史

医局：06-6879-3351

※かかりつけ医より問い合わせをしてもらってください。

掲 載 期 間

2024 年 1 月 16 日～2026 年 12 月 31 日

臨床研究センターウェブサイトの「実施中の治験」に掲載する治験の詳細の雛形です。
新規申請の場合は審査資料に、実施中の治験については書式 10 にて申請をしてください。

【記載上の注意事項】

1. フォントは HG 丸ゴシック M-PRO を使用してください。
2. 題はHPの「実施中の治験」に掲載する「対象疾患名」と合わせてください。
3. 表中の「対象疾患」は、より疾患の詳細な分類でも結構です。
4. 「参加するための基準」は選択・除外基準より抜粋してください。
また、「～の症例」という表現は使用せず、「～な方」や「～な患者さん」という表現を使用してください。
5. 「ご理解いただきたいこと」には、“記載している内容以外にも基準があること”や“参加人数に制限があること”等、参加の意思があっても、お断りする可能性があることを必ず明記してください。
6. 「問い合わせ先」は責任医師名、診療科外来、診療科医局等(内線は必須ではありません)から、患者さんが問い合わせにスムーズに対応できる場所を選択して記載してください。また、問い合わせがあった場合は、その部署で混乱がないよう周知をお願いします。
例) ○○科 治験責任医師 阪大 太郎
○○科 外来 (内線:○○)
○○科 医局 (内線:○○)
かかりつけ医より問い合わせをしてもらってください
7. 「掲載期間」はエントリー期間である必要はありません。期間が終了すれば、臨床研究センターにて削除します。期間の更新が必要であれば、ご連絡ください。

ご不明な点がございましたら、臨床研究センター 治験担当(内線:8290)までお問い合わせください。