

パーキンソン病臨床研究支援チームにご参加を希望される患者さんの 主治医先生ご机下

国立精神・神経医療研究センターではわが国のパーキンソン病の臨床研究・治験をよりいっそう進めるために、患者さんに治験を含む臨床研究についてご理解いただき、参加していただくためのパーキンソン病臨床研究支援チームを作りました。対象の患者さんは当院外来通院中の方を中心に考えておりましたが、通常はお近くの主治医の診療を受けているが臨床研究には参加したいという患者さんも少なからずおられたことから、ご希望の患者さんには、主治医のご理解のもとに、パーキンソン病臨床研究支援チームに参加していただきたいと存じます。

会の活動の内容は一般的な治験や臨床研究に関する理解を深めていただく啓蒙活動や当院で行われている治験（わが国で行われているパーキンソン病関連の治験はほぼ網羅しております）及び臨床研究のご紹介をし、さらに適切な臨床研究にご参加いただくために年1回患者さんの評価（診断の確定と現在の状況把握；保険診療にて行います）をいたします。もし、先生から診療情報（病歴、検査データなど）をご提供いただければ、基本的な評価は診療情報に補足させていただく形にしたいと存じます。また、もしよろしければ、こちらでの補足的評価（画像検査等を含む）の結果を先生にご報告させていただきたいと存じます。

なお、チームに参加していただいても実際に治験等臨床研究にすぐに参加していただくとは限りませんので、実際に治験等臨床研究にご参加いただく場合には、また別途ご報告させていただきます。

趣旨をご理解の上、ご協力をいただけますようお願い申し上げます。

パーキンソン病臨床研究支援チーム 代表

国立精神・神経医療研究センター

パーキンソン病・運動障害疾患センター長

病院 副院長・神経内科診療部長

村田 美穂

_____様 のパーキンソン病臨床研究支援チームへのご参加をご承諾いただける場合、以下に御所属・お名前とともに該当するものに○をつけてください。

年 月 日

病院名 _____

先生のお名前 _____

診療情報提供書を書いてもよい (YES, NO)

検査結果を提供してもよい (YES, NO)

臨床研究支援チームでの評価の結果をほしい (YES, NO)