

JOINT-05 研究連絡票

FAX : 03-5287-2634

公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター
骨粗鬆症至適療法研究支援事業事務局 宛

* 研究概要(http://www.a-top.jp/pdf/summary_joint_05.pdf)を一読頂き、
FAXにてご返信くださいますようお願い申し上げます。

1. JOINT-05研究では、椎体骨折の評価と、骨密度測定(DXA法、又はRA法)が必要です。また、ランダム化2群比較研究であること及び、書面による患者さんの同意取得と継続観察(約2年半)が必要となります。

なお、本研究は超音波骨密度測定(QUS法)では参加がいただけません。

該当する項目に☑を入れてください。

- DXA 骨密度測定装置がある。(機種名: _____)
- RA 測定法 (MD 法、CXD 法、DIP 法など、第2中手骨を測定) が可能である。
- テリパラチド製剤の使用経験がある。(週 1 回製剤 毎日製剤)
- 臨床研究・治験の経験がある。

2. JOINT-05研究参加のご意向について 該当する項目に☑を入れてください。

- 研究に参加したい。
 - 資料を送ってほしい。
 - 詳しい説明を聞きたい(訪問による詳細説明を希望)。
 - ★訪問候補日時(月 日、 月 日、 月 日) 希望日時を記載ください。
 - ★訪問希望の時間(午前・午後 時~ 時) 希望時間を指定願います。
- ★アポイントをご希望の場合はご希望の方法に☑を入れて連絡先をご記入ください。

<input type="checkbox"/> E-mail	_____@_____
<input type="checkbox"/> 電話	_____ <input type="checkbox"/> Fax _____

参加することは難しい。

3. 貴施設の骨粗鬆症治療状況について可能な範囲でお答えください。

- ◇ 薬物治療をしている骨粗鬆症患者様の人数: _____人/月くらい
- ◇ 骨粗鬆症性椎体骨折を有する患者様の人数: _____人/月くらい
- ◇ よくお使いになっている骨粗鬆症治療薬: _____

送付元

ご施設名	_____	ご芳名	_____
ご住所	〒 _____		

【お問合せ連絡先】: 公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター 骨粗鬆症至適療法研究支援事業事務局
〒169-0051 東京都新宿区西早稲田1-1-7
TEL: 03-5287-2638 FAX: 03-5287-2634

【お知らせ・確認事項】: 本連絡票に記載いただきました情報は、研究に関わる目的(研究者との連絡等)での利用に限ります。
以上