

## ICMJE 開示フォーム

日付:

---

氏名:

---

原稿タイトル:

---

原稿番号 (分かっている場合):

---

透明性の確保のため本原稿の内容に関連性を持つ以下のすべての関係/活動/利益を開示してください。「関連性を持つ」とは、本原稿の内容と利害関係を有する営利または非営利の第三者との関連性の存在をいいます。この開示は透明性への取り組みの姿勢を示すものであり、必ずしも不公正が存在することを示すものではありません。関係/活動/利益を開示するかどうか疑問がある場合は、開示することが望ましいです。

著者の関係/活動/利益は広く定義してください。たとえば、高血圧の疫学に関する原稿である場合には、当該薬の記述が原稿になくても、降圧薬の製造業者とのすべての関係を開示する必要があります。

下記のうち項目番号 1 については、本原稿の報告内容に関して受けた全ての支援を期間の制限なく記述してください。他のすべての項目については、開示の期間は過去 36 か月です。

	関連性を持つすべての相手先を記述します。ない場合は「なし」と記述します。(必要に応じて行を追加してください)。	具体的内容/コメント (例: 支払が自己に対するものか、自己が所属する組織に対するものか。)						
対象期間: 原稿作成を計画した当初以降								
<b>1</b>	本原稿に対するすべての支援 (例: 資金提供、研究資料・メディカルライティングの提供、論文掲載手数料など) <b>対象期間に制限はありません。</b>	<input type="checkbox"/> なし  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="width: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> </table> タブキーをクリックして、行を追加します。						
対象期間: 過去 36 か月								
<b>2</b>	何らかの相手先からの研究助成または契約 (上記項目 1 で示されていない場合)	<input type="checkbox"/> なし  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td style="width: 50px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> </table>						

		関連性を持つすべての相手先を記述します。ない場合は「なし」と記述します。（必要に応じて行を追加してください）。	具体的内容/コメント (例：支払が自己に対するものか、自己が所属する組織に対するものか。)
3	使用料またはライセンス	<input type="checkbox"/> なし	
4	コンサルティング料	<input type="checkbox"/> なし	
5	講義、プレゼンテーション、講演、原稿執筆または教育イベントに対する報酬または謝礼金	<input type="checkbox"/> なし	
6	鑑定人としての証言の報酬	<input type="checkbox"/> なし	
7	会議出席/出張への支援	<input type="checkbox"/> なし	
8	特許（計画中、取得済み、または出願中）	<input type="checkbox"/> なし	
9	データ安全監視委員会または諮問委員会への参加	<input type="checkbox"/> なし	

		<p>関連性を持つすべての相手先を記述します。ない場合は「なし」と記述します。（必要に応じて行を追加してください）。</p>	<p>具体的内容/コメント (例：支払が自己に対するものか、自己が所属する組織に対するものか。)</p>						
10	有給無給を問わず、他の理事会、組織、委員会、または活動団体におけるリーダーシップまたは受託者の役割	<input type="checkbox"/> なし <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
11	株式または株式オプション	<input type="checkbox"/> なし <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
12	機器または材料、薬品、メディカルライティング、贈答品、その他のサービスの受領	<input type="checkbox"/> なし <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
13	その他の金銭的あるいは非金銭的利益	<input type="checkbox"/> なし <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
<p>同意を示すため、下記の陳述の先頭の欄に「X」を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 私はすべての質問に回答したこと、このフォームの質問の文言を改変していないことを証明します。</p>									

*This is a Japanese language translation/reprint of the ICMJE Disclosure Form. EMC K.K. prepared this reprint/translation. The ICMJE has not endorsed nor approved the contents of this reprint/translation. The official version of the ICMJE Disclosure Form is located at www.ICMJE.org. Users should cite this official version when citing the document.*