平成　　年　　月　　日

福岡産科婦人科学会編集委員長殿

誓　約　書

下記投稿論文は、その内容が他誌に掲載されたり、あるいは投稿していないことを誓約いたします。

論文名：

共著者：

　筆頭著者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

投稿者用チェックリスト

福岡産科婦人科学会雑誌投稿における患者個人情報保護に関するチェックリスト

福岡産科婦人科学会編集委員長殿

福岡産科婦人科学会雑誌に投稿するにあたり、特定の患者の疾患や治療内容に関する情報が記載されることが多いため、患者情報保護に十分配慮し、患者が特定されないよう十分留意いたします。

<チェック項目>

□ 患者個人の特定可能な氏名、患者ＩＤは記載しない。

□ 患者の住所は記載しない。但し、疾患の発生場所が病態等に関与する場合は、区域ま でに限定して記載することは可とする。（○○県、○○市など）

□ 生年月日、来院日、手術日などの日付は、臨床経過を知る上で必要となることが多い ので、個人が特定できないと判断される場合は年月までを記載してよい。

□ 他の情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合、診療科名は記載 しない。

□ 既に他院などで診断・治療を受けている場合、その施設名ならびに所在地を記載しな い。但し、救急医療などで搬送元の記載が不可欠の場合はこの限りではない。

□ 症例を特定できる生検、剖検、画像情報に含まれる番号などは削除する。

□ 臨床研究の場合は、倫理委員会の承認を得て承認書類を送付する。

□ 以上の配慮をしても個人が特定化される可能性がある場合は、発表に関する同意を患 者自身（遺族が代理人、小児では保護者）から得る。

□ 遺伝性疾患やヒトゲノム・遺伝子解析を伴う症例報告では「ヒトゲノム・遺伝子解析 研究に関する倫理指針」による規程を遵守する。

平成　　年　　月　　日

所属

氏名

カバーレター

福岡産科婦人科学会雑誌編集委員長　殿

本論文は○○雑誌、第○巻、第○号、○○年に掲載された症例報告「（論文名）・・・・・・」に○○症例を追加し、解析を行った論文です。前論文との違いは、・・・・・・・・であり症例を加えることにより、新たな知見を得ました。

福岡産科婦人科学会雑誌に投稿可能かの判断をよろしくお願いいたします。

論文名

共著者名

　　　　　　筆頭著者　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印