

受付番号

バイオバンク・ジャパン 試料・データ利用申請書 別紙A(血清パネル利用申請)

バイオバンク・ジャパン(以下BBJ)の試料・臨床情報データの提供を受けたいので、以下のとおり申請致します

申請日	西暦	年	月	日
研究代表者	氏名 所属機関名 所属機関住所			
試料・データを利用する研究題目				

BBJから提供を希望する試料・臨床情報データの概要

提供希望対象	<input type="checkbox"/> 血清パネル	<input type="checkbox"/> 臨床情報		
1. 対象疾患 (申請数)	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 膵がん <input type="checkbox"/> 胆道・胆管がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 肺線維症・間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺がん(小細胞がん) <input type="checkbox"/> 肺がん(腺がん) <input type="checkbox"/> 肺がん(扁平上皮がん) <input type="checkbox"/> 肺がん(大細胞がん) <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸・直腸がん <input type="checkbox"/> 肝がん(B型慢性肝炎合併) <input type="checkbox"/> 肝がん(C型慢性肝炎合併) <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 造血器腫瘍(多発性骨髄腫) <input type="checkbox"/> 造血器腫瘍(ホジキンリンパ腫) <input type="checkbox"/> 造血器腫瘍(非ホジキンリンパ腫) <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 脳梗塞(アテローム血栓症) <input type="checkbox"/> 脳梗塞(心原性血栓症) <input type="checkbox"/> 脳梗塞(ラクナ梗塞) <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> COPD	(申請数)	<input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 安定狭心症 <input type="checkbox"/> 不安定狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症(ASO) <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(B型慢性肝炎合併) <input type="checkbox"/> 肝硬変(C型慢性肝炎合併) <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器 <input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 尿路結石症 <input type="checkbox"/> 代謝 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 薬疹 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> バセドウ病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 疾患を限定しない	(申請数)
2. 1以外の対象者の選択条件*	1 2 3 4 5		計	
3. 提供を希望する追加臨床情報項目*(年齢、性別、登録疾患情報(1疾患)、血清採取日は基本情報として全例原則提供します)	1 2 3 4 5 他			

4. NBDC登録制限公開ゲノム情報との対応表**	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 NBDCデータセットID ()
5. 共同研究の有無 共同研究機関情報(施設名、責任)	<input type="checkbox"/> 有(研究計画書への記載済み) <input type="checkbox"/> 有(今後変更申請予定) <input type="checkbox"/> 無
6. 外部解析機関の有無 外部解析機関情報(施設名、担当者の所属、職名、住所、電話番号、メールアドレス)	<input type="checkbox"/> 有(研究計画書への記載済み) <input type="checkbox"/> 有(今後変更申請予定) <input type="checkbox"/> 無
7. 提供試料・情報の利用場所(送付先住所・宛先)(記載外の施設への提供、及び申請した研究目的外での使用は禁止しております)	
8. 研究資金調達	<input type="checkbox"/> 獲得済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定

*臨床情報の項目はBBJウェブサイト(<https://biobankjp.org/sample/01.html>)で公開している臨床情報入力シートをご確認の上、記載してください。提供可能な臨床情報は年齢、性別、疾患名以外は5項目を上限とします。5項目以上の提供希望の場合は、利用申請書の利用目的及び研究概要の欄に必要性を明記ください。

**NBDC登録制限公開ゲノム情報については、<https://humandbs.biosciencedbc.jp/hum0014-latest> を参照ください。