

## 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): \_\_\_\_\_

透明性を確保するため、本原稿の内容に関連する下記に列記した全ての関係/活動/利害の開示を求めます。「関連する」とは、本原稿の内容によって営利または非営利の第三者の利害に影響を及ぼす可能性がある、あらゆる関係を意味します。この開示は透明性に対するコミットメントを表し、必ずしもバイアスの存在を示すものではありません。関係/活動/利害を開示すべきかどうか疑問に思う場合は、開示することが望ましいです。

以下の質問は、著者の関係/活動/利害のうち本原稿に関連するものだけに適用されます。

著者の関係/活動/利害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全ての関係を開示する必要があります。

下記のうち項目 1 については、本原稿で報告する研究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。他の項目の開示期間は全て過去 36 か月です。

		関係のある全ての組織名を記載する、あるいは「なし」に印をつける (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: 支払いが自らに対して行われたか、自らが所属する機関に対して行われたか)
<b>対象期間: 研究の計画当初から</b>			
1	本原稿に対する全ての支援 (例: 資金提供、研究材料・メディカルライティング、論文掲載料などの提供) 対象期間に制限はありません。	___なし	
<b>対象期間: 過去 36 か月</b>			
2	何らかの組織からの研究助成または契約 (上記の項目 1 で示されていない場合)	___なし	
3	ロイヤルティまたはライセンス	___なし	
4	コンサルティング料	___なし	
5		___なし	

	講義、発表、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		
6	専門家証言に対する報酬	___なし	
7	会議出席・旅費への支援	___なし	
8	特許（計画中、取得済み、または出願中）	___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	___なし	
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または受託者の役割	___なし	
11	株式または株式オプション	___なし	
12	機器、材料、薬剤、メディカルライティング、贈答品、またはその他のサービスの受領	___なし	
13	その他の金銭的あるいは非金銭的利益	___なし	

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。

\_\_\_ 私は全ての質問に回答したこと、質問の文言を改変していないことを証明します。

*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](http://www.ICMJE.org). Users should cite this official version when citing the document.*