

連 絡 票

下記の内から○で囲んでください	会員番号	
初投稿 再投稿(受付番号: CN-)	氏名	(ふりがな)
地方会座長推薦論文 地方会名(第 回)	連絡先 住所	〒
論文種別を○で囲んでください		
原 著 症例報告 短 報 試 案・提 案・報 告・総 説 Letters to the Editor Reply from the Author	TEL () - 内線 上記TELは勤務先・自宅(○を付す) FAX () - 上記FAXは勤務先・自宅(○を付す) E-mail :	
文字数・図表数・文献数を申告してください		
要旨と本文字数(図表説明文は含まない) 字	図	枚
	表	枚
英文抄録題名(単語数) 語	図表はカラー・白黒(○を付す)	
英文抄録要旨(単語数) 語	カラーの図表番号	
引用文献 個	()	
提出書類が揃っていることをチェックしてください		
<input type="checkbox"/> 投稿承諾書 <input type="checkbox"/> 個人情報・医学研究に関する指針確認用紙 <input type="checkbox"/> 自己申告によるCOI報告書 <input type="checkbox"/> 患者同意書コピー(必要な場合)		
その他のチェック項目		
<input type="checkbox"/> 本文ファイル内に題名、所属、住所、氏名、keywordが日本語、英語で記載されている。 <input type="checkbox"/> 図表は英語で記載し、英語のタイトルがある。又、図の説明が英語でされている。 <input type="checkbox"/> 図表ファイル内に、図表番号が表示されている。 <input type="checkbox"/> 引用文献が投稿規定に則ったバンクーバースタイルで記載されている。		
論文題名		
Corresponding author氏名		
Corresponding author所属先・住所		
〒		
※「臨床神経学」論文掲載ページの表紙下段に掲載される連絡先です。		

投稿承諾書

日本神経学会 殿

論文名: _____

上記論文が _____ 所属の

を筆頭著者として日本神経学会機関誌「臨床神経学」に投稿され、冊子体および電子ジャーナルに掲載されることに同意します。上記論文は、他誌に発表あるいは投稿中でないこと、および個人情報保護に最大限配慮していることを認めます。

筆頭著者署名 _____ 印

corresponding author 署名 _____ 印

共著者署名 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

〃 _____ 印

(_____ 年 _____ 月 _____ 日提出)

個人情報・医学研究に関する指針確認用紙

論文題名：

1. 個人情報について

- ①患者の氏名（イニシャルを含む）
- ②患者の生年月日の日付まで（注1）
- ③診療年月日の日付まで（注1）
- ④患者の出身地（注2）
- ⑤患者の居住地（注2）
- ⑥家族・家系が特定される情報
- ⑦患者が特定される身体写真
- ⑧その他の個人の特定につながる情報（当該医療機関におけるID番号など）

注1. 何年何月上旬、中旬、下旬での記載は可

注2. 地方、県までの記載は可

回答 該当する□にチェックを入れてください

上記の個人情報は含まれていない

上記の個人情報が含まれている（個人情報の内容）

※この場合は患者個人ないし適切な代諾者の論文掲載の「患者同意書」が必要です。

2. 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針について

文部科学省及び厚生労働省の[「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」](#)に基づいて回答してください。

自施設内での後ろ向き疫学あるいは臨床観察研究でも倫理委員会承認が必要です。（[厚生労働省疫学研究に関する倫理指針](#)）についての[Q&A Q1-3 \(1\)](#)を参照のこと）。

回答 該当する□にチェックを入れてください

該当する審査委員会の承認は必要としない研究である。

承認が必要な研究で、審査委員会の承認を得ている。

※この場合は当該施設の審査委員会で承認済みであること及びその承認番号と承認日を論文（方法）に記載してください。

※ 「個人情報保護・医学研究に関する指針確認用紙」に記載の個人情報が一つでも含まれる場合は患者同意書を取得して、コピーを編集委員会へ提出のこと。原本は手元で保管してください。

患者同意書

私は、自身に関する情報が下記論文に含まれることの説明を受け、下記論文が日本神経学会が刊行する学術誌「臨床神経学」に掲載されることに同意します。

またインターネット上で提供される「臨床神経学」電子ジャーナル版の掲載についても同意します。

論文題名： _____

筆頭著者名 _____

平成 年 月 日

患者署名 _____ 印

代諾者署名 _____ (続柄： _____) 印

(患者自身が署名できない場合)