

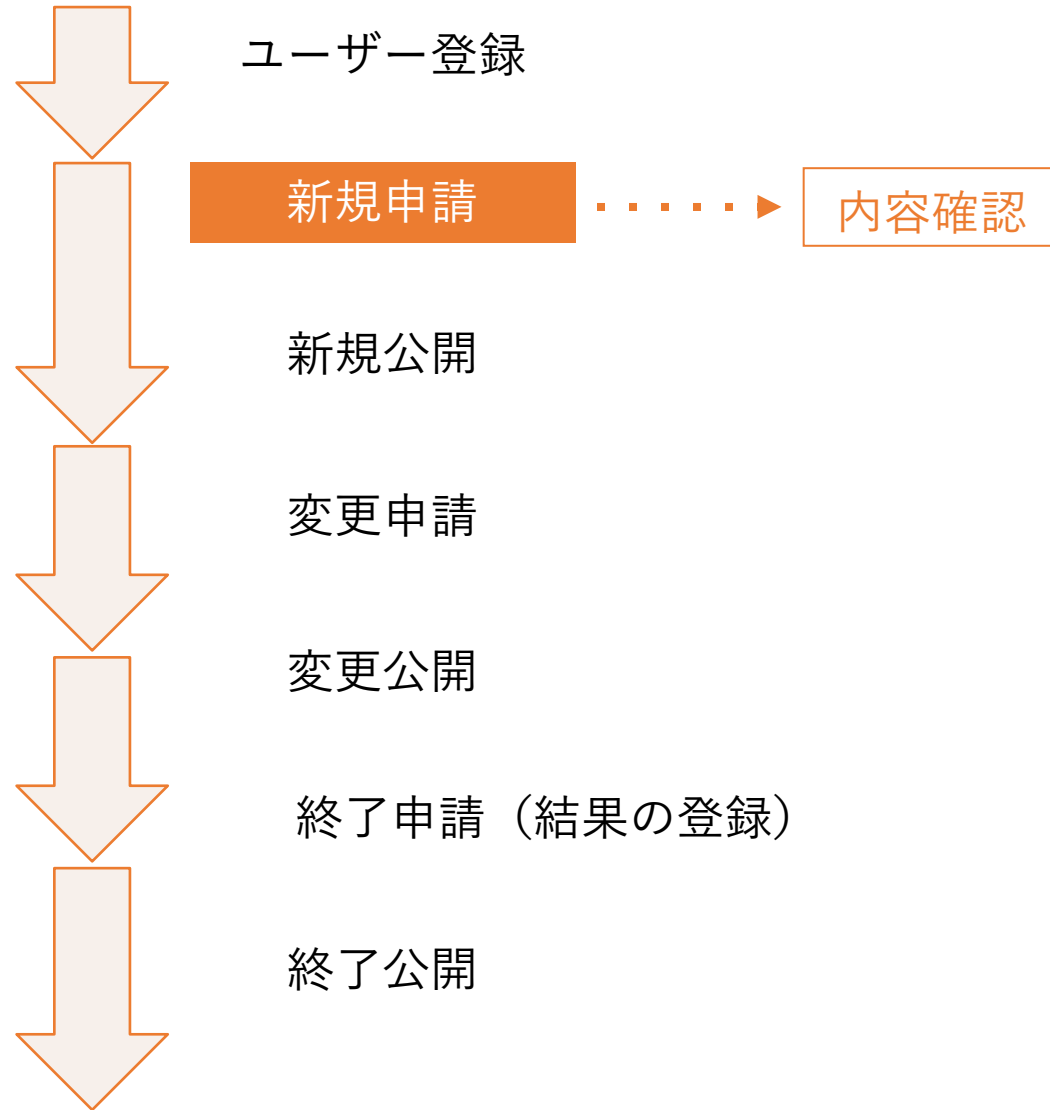
「その他の臨床研究」》「観察研究」 入力ガイダンス

厚生労働省研究開発政策課

2025年3月版

- 2（1）試験等の目的及び内容の「症例登録予定日」が過去日付の場合、学術誌等より事後登録と見なされる場合がありますので、早めのご登録をお願いいたします。
- 入力から公開までに日数を要します。あらかじめご了承ください。
- 個別の要望（緊急対応等）はすべてお断りしております。
- 試験の登録には日本語欄、英語欄双方の入力が必要です。

ログインから情報入力への流れ（新規登録時、情報更新時、結果の登録時）



「差し戻し」の場合、2通のメールが送信されます。
(※修正が完了するまで、以下が繰り返されます。)

- システムからのメール

シンプルな連絡メールです。（登録者へ送信）

(例) ※2020/MM/DD メール送信
お手数ですがメール件名「【jRCTxxxxx】_jRCT登録内容の確認依頼_#XXX
について」の添付内容ご確認をよろしくお願いいたします。
なお、メールは登録試験の「研究責任者」と「研究問い合わせ先」のメールアドレスに送付しております。

- ヘルプデスクからのメール

確認依頼事項

(①研究責任者 ②研究に関する問い合わせ先へ送信)

	できること	できないこと
登録	<ul style="list-style-type: none">1つのメールアドレスにつき、1つのユーザーIDを登録できます。1つのユーザーIDで複数の試験を登録することができます。（1試験のみでも可。）	<ul style="list-style-type: none">1つのメールアドレスで、複数のユーザーIDの登録はできません。ユーザーID名の変更はできません。
引継ぎ		<ul style="list-style-type: none">個別の試験について、アカウントの変更・移動はできません（ユーザーIDごと引き継いでください。）。<u>1つのユーザーIDで複数ご登録いただいている場合、1つの研究のみ、ユーザーIDを変更する・譲渡することができません。</u>

- 1試験ごとにユーザーIDを作成いただく、または 部署で1つ共通のユーザーIDを共有いただく等、今後の登録管理の方法を事前に考慮した上で、ユーザーIDを作成してください。



✎ 管理的事項

研究の種別	<input type="radio"/> 非特定臨床研究 <input checked="" type="radio"/> 観察研究 <input type="radio"/> 手術・手技 <input type="radio"/> その他 <small>※「非特定臨床研究」とは臨床研究法に従って実施する特定臨床研究以外の研究。</small>
JRCT番号	<input type="text"/>

必須 ——— 試験の種別を間違えないようお願いします。

✎ 1 臨床研究の実施体制に関する事項及び臨床研究を行う施設の構造設備に関する事項

(1) 研究の名称

研究名称	<input type="text"/>
Scientific Title	<input type="text"/>
Scientific Title (Acronym)	<input type="text"/> <small>略称があれば入力してください。</small>
平易な研究名称	<input type="text"/>

必須

必須

研究の情報

平易な研究名称	<input type="text"/>
Public Title	<input type="text"/>
Public Title (Acronym)	<input type="text"/> <small>略称があれば入力してください。</small>



特に設けていない場合は「試験等の名称 / Scientific Title」と同一でも問題ありません。平易な試験等の名称 / Public TitleについてもポータルサイトとWHO-ICTRPとの連携のために、必ず入力してください。

研究責任医師の情報



(2) 研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）に関する事項等

研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）の連絡先 Contact for Scientific Queries	氏名	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> <small>姓、名の順に入れてください。例）山田、太郎</small>	必須
	Name	Last <input type="text"/> Middle <input type="text"/> First <input type="text"/> <small>Last, Middle, Firstの順に入れてください。例）Yamada、（空欄）、Taro</small>	必須
	e-Rad番号	<input type="text"/>	
	所属機関（実施医療機関）	<input type="text"/>	必須
	Affiliation	<input type="text"/>	必須
	所属部署	<input type="text"/>	必須
	所属機関の郵便番号	<input type="text"/> <small>数値・半角ハイフンで入力してください</small>	必須
	所属機関の所在都道府県	-- 選択してください -- <input type="text"/>	必須
	所属機関の住所	<input type="text"/> <small>市区町村以降を入力してください。例）さいたま市、千代田区</small>	必須
	Address	<input type="text"/> <small>都道府県を含め入力してください</small>	必須
	電話番号	<input type="text"/> <small>数値・半角ハイフンで入力してください</small>	必須
	電子メールアドレス	<input type="text"/> <small>メールアドレス形式で入力してください</small>	必須

文言について、以下のように読み替えて入力してください。

研究責任医師→研究責任者
研究代表医師→研究代表者

また、入力欄に注意してください。

例）山田（姓） 太郎（名）

例）Taro (First) Yamada (Last)

都道府県はプルダウンで選択するため都道府県名の入力不要です。

住所：市区町村以降（例：さいたま市、千代田区）を入力してください。

Address：都道府県を含めて入力してください。
都道府県名の重複が多いため必ず「入力内容確認画面」で確認してください。

JRCTヘルプデスクから連絡する場合があります。
(新規登録時、情報更新時、結果の登録時等)

研究責任医師の情報

研究に関する問い合わせ先 Contact for Public Queries	担当者氏名	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> <small>姓、名の順に入れてください。例) 山田、太郎</small>	必須
	Name	Last <input type="text"/> Middle <input type="text"/> First <input type="text"/> <small>Last, Middle, Firstの順に入れてください。例) Yamada、(空欄)、Taro</small>	必須
	担当者所属機関	<input type="text"/>	必須
	Affiliation	<input type="text"/>	必須
	担当者所属部署	<input type="text"/>	必須
	担当者所属機関の郵便番号	<input type="text"/> <small>数値・半角ハイフンで入力してください</small>	必須
	所属機関の所在都道府県	<input type="text" value="-- 選択してください --"/>	必須
	担当者所属機関の住所	<input type="text"/> <small>市区町村以降を入力してください。例) さいたま市、千代田区</small>	必須
	Address	<input type="text"/> <small>都道府県を含め入力してください</small>	必須
	電話番号	<input type="text"/> <small>数値・半角ハイフンで入力してください</small>	必須
FAX番号	<input type="text"/> <small>数値・半角ハイフンで入力してください</small>		
電子メールアドレス	<input type="text"/> <small>メールアドレス形式で入力してください</small>	必須	

入力欄に注意してください。

例) 山田 (姓) 太郎 (名)

例) Taro (First) Yamada (Last)

都道府県はプルダウンで選択するため都道府県名の入力は不要です。

住所：市区町村以降（例：さいたま市、千代田区）を入力してください。

Address：都道府県を含めて入力してください。都道府県名の重複が多いため必ず「入力内容確認画面」で確認してください。

jRCTヘルプデスクから連絡する場合があります。（新規登録時、情報更新時、結果の登録時等）

研究責任医師の情報

研究責任医師(多施設共同研究の場合は、研究代表医師)の所属する実施医療機関の管理者の氏名	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
当該臨床研究に対する管理者の許可の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
認定臨床研究審査委員会又は倫理審査委員会の承認日	年/月/日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 当該研究の実施が承認された日を入力してください。	
救急医療に必要な施設又は設備	<input type="text"/>	

注意

倫理審査委員会未承認の場合のみ空欄、承認済みの場合は日付を入力してください。多施設共同試験の場合は一番最初に承認された日付を入力してください。

- ・変更届の承認の都度、承認日の更新は不要です。
- ・未来の日付は入力しないでください。

研究責任医師以外の情報



(3) 研究責任医師以外の臨床研究に従事する者に関する事項

データマネジメント担当機関		<input type="text"/>	
データマネジメント担当責任者	氏名	姓 <input type="text"/>	名 <input type="text"/>
	e-Rad番号	<input type="text"/>	
		任意記載	
	所属部署	<input type="text"/>	
データマネジメント担当機関を追加			
	所属機関	<input type="text"/>	
	Affiliation	<input type="text"/>	
	所属部署	<input type="text"/>	
Secondary Sponsorの該当性	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当		
	<small>Secondary Sponserとは、Primary Sponser（研究責任医師）が負う研究の実施に係る責務のうち、研究の立案や研究資金の調達に係る責務について、Primary Sponser（研究責任医師）と共同してその責務を負う者とする。</small>		
研究代表医師・研究責任医師以外の研究を総括する者を追加			

注意 「その他の研究を総括する者」に入力がある場合は「該当」「非該当」を選択してください。



（4）多施設共同研究における研究責任医師に関する事項等

多施設共同研究の該当の有無 未設定 あり なし
「あり」を選択された場合は、以下の項目に共同研究機関情報を入力してください。登録予定件数が多い場合はExcelファイルをインポートすることも可能です。

エクセルの読み込み 選択されていません
登録予定の多施設共同研究機関が50件を超える場合は、[こちらから多施設共同研究機関情報のテンプレートファイルをダウンロード](#)し、Excel形式で作成後、添付してください。このファイルは公開されます。

任意記載	
所属機関（実施医療機関）	<input type="text"/>
Affiliation	<input type="text"/>

多施設共同研究に該当する場合は「あり」を選択してください。単施設試験であっても1(2)科学的な内容の問合せ先で医療機関を記載しなかった場合は「あり」を選択してください。

注意

登録予定の多施設共同研究機関が50件を超える場合はExcelで作成後、添付してください。

注意

多施設共同研究の該当の有無が「あり」の場合は必須です。
日本語と英語の両方の情報を入力してください。文言について、以下のように読み替えて入力してください。

注意

注意

研究責任医師→研究責任者
医療機関を追加する際は「共同研究機関情報追加」ボタンで入力欄を追加してください。

注意



2 臨床研究の目的及び内容並びにこれに用いる医薬品等の概要

(1) 臨床研究の目的及び内容

研究の目的	<input type="text"/>	必須
試験のフェーズ / Phase	-- 選択してください --	必須
症例登録開始予定日 / Date of First Enrollment	<input type="radio"/> 実施計画の公表日 <input type="radio"/> 次に掲げる日付 <input type="text" value="年/月/日"/>	必須
第1症例登録日 / Date of First Enrollment	<input type="text" value="年/月/日"/> <small>第1症例登録がまだ行われていない場合は、入力せず、第1症例登録後遅延なく、変更届により入力してください</small>	注意
実施期間（開始日）	<input type="radio"/> 実施計画の公表日 <input type="radio"/> 次に掲げる日付 <input type="text" value="年/月/日"/> <small>研究計画書に記載した開始予定日を入力してください</small>	必須
実施期間（終了日）	<input type="text" value="年/月/日"/> <small>研究計画書に記載した終了予定日を入力してください</small>	必須
実施予定被験者数 / Sample Size	<input type="text"/>	

「公開日」より過去の日付を入力された場合（入力日付ではなく実際に試験が「公開された日」と同日か未来の日付でない場合を指す。）学術誌等から事後登録と見なされる場合があります。

実際に症例が登録されるまで空欄にしてください。第1症例が登録されましたら変更申請を行ってください。

目的及び内容

実施予定被験者数 / Sample Size		<input type="text"/>	必須	
試験の種類 / Study Type		-- 選択してください --	必須	「観察研究」を選択してください。
試験デザイン Study Design	無作為化 / allocation	-- 選択してください --	注意	空欄にしてください。
	盲検化 / masking	-- 選択してください --	注意	
	対照 / control	-- 選択してください --	注意	
	割付け / assignment	-- 選択してください --	注意	
	研究目的 / purpose	-- 選択してください --	注意	
プラセボの有無		<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	注意	「未設定」を選択してください。
盲検の有無		<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	注意	
無作為化の有無		<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	注意	
保険外併用療養の有無		<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	注意	
臨床研究		<input type="text"/>		

臨床研究を実施する国（日本以外）

ない場合は「なし」と入力してください

Countries of Recruitment (Except Japan)

ない場合は「none」と入力してください

国名追加

必須

「欧州」などと省略をせずに国名を入力してください。

必須

日本以外の実施国が無い場合には「none」と小文字で入力してください。

目的及び内容

研究対象者の適格基準 Key inclusion & exclusion criteria	主たる選択基準	<input type="text"/>	必須
	Inclusion Criteria	<input type="text"/>	必須
	主たる除外基準	<input type="text"/>	必須
	Exclusion Criteria	<input type="text"/>	必須
	年齢下限 / Age Minimum	<input type="text"/> 歳 (<input type="text"/> ケ月、 <input type="text"/> 週) <input type="radio"/> 以上 <input type="radio"/> 超える <input checked="" type="radio"/> 下限なし	必須
	年齢上限 / Age Maximum	<input type="text"/> 歳 (<input type="text"/> ケ月、 <input type="text"/> 週) <input type="radio"/> 以下 <input type="radio"/> 未満 <input checked="" type="radio"/> 上限なし	必須
	性別 / Gender	<input checked="" type="radio"/> 未設定 / No setting <input type="radio"/> 男性・女性 / Both <input type="radio"/> 男性 / Male <input type="radio"/> 女性 / Female	必須
中止基準	<input type="text"/>		

日本語欄に対応する英語欄には、日本語欄と同様の内容を半角英数で入力してください。

目的及び内容

対象疾患名	<input type="text"/>	必須	本研究の対象となる疾患名や予防する特定の健康状態・問題を入力してください。 対象者が健康人の場合、予定される効能・効果を入力してください。
Health Condition(s) or Problem(s) Studied	<input type="text"/>	必須	
対象疾患コード / Code	<input type="text"/> <small>こちらを参考に該当のMeSHコードを入力してください。</small>	注意	MeSHコード値（MeSH Unique ID部分）を入力してください。MeshコードはICDとは異なります。 ※コード値は「こちら」部分を参照してください。
対象疾患キーワード	<input type="text"/>		
Keyword	<input type="text"/>		
介入の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	必須	「なし」を選択してください。
介入の内容	<input type="text"/>	注意	空欄にしてください。
Intervention(s)	<input type="text"/>	注意	
介入コード / Code	<input type="text"/> <small>こちらを参考に該当のMeSHコードを入力してください。</small>	注意	
介入キーワード	<input type="text"/>	注意	
Keyword	<input type="text"/>	注意	
主たる評価項目	<input type="text"/>		

目的及び内容

主たる評価項目		必須
Primary Outcome(s)		必須
副次的な評価項目		必須
Secondary Outcome(s)		必須

日本語欄に対応する英語欄には、日本語欄と同様の内容を半角英数で入力してください。



(2) 臨床研究に用いる医薬品等の概要

医薬品、医療機器、再生医療等製品の別		<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 医薬品 <input type="radio"/> 医療機器 <input type="radio"/> 再生医療等製品	← 注意	
医薬品医療機器等法における未承認、適応外、承認内の別		<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 未承認 <input type="radio"/> 適応外 <input type="radio"/> 承認内	← 注意	
一般名称等	医薬品	一般名称	<input type="text"/> <small>国内外で未承認の場合は開発コードを入力してください</small>	← 注意
		販売名	<input type="text"/> <small>海外製品の場合は国名も入力してください</small>	← 注意
		承認番号	<input type="text"/> <small>未承認の場合は「なし」と入力してください</small>	← 注意
医療機器	類別	<input type="text"/>	← 注意	
	一般的名称	<input type="text"/>	← 注意	
	承認・認証・届出番号	<input type="text"/> <small>未承認の場合は「なし」と入力してください</small>	← 注意	
再生医療等	類別	<input type="text"/>		

医薬品等を用いる場合は必須です。

医薬品の場合は必須です。

医療機器の場合は必須です。

医薬品等の概要

再生医療等製品	類別	<input type="text"/>	注意
	一般的名称	<input type="text"/>	注意
	承認番号	<input type="text"/> <small>未承認の場合は「なし」と入力してください</small>	注意
被験薬等提供者	名称	<input type="text"/>	必須
	所在都道府県	-- 選択してください --	必須
	所在地1	<input type="text"/> <small>市区町村以降を入力してください。例) さいたま市、千代田区</small>	必須

[医薬品等の追加](#)

再生医療等製品の場合は必須です。

1社ずつ入力してください。



3 臨床研究の実施状況の確認に関する事項

(1) 監査の実施予定

監査の実施予定の有無

未設定 あり なし

(2) 臨床研究の進捗状況

臨床研究の進捗状況	進捗状況 / Recruitment status	<input type="text" value="-- 選択してください --"/> <small>公開後すぐに研究を開始する場合には「募集中 / Recruiting」を選択してください</small>
	主たる評価項目に係る研究成果	<input type="text"/> <small>主たる評価項目に係る研究成果が明らかになった際、変更届により入力を行ってください。</small>
	Summary Results (Primary Outcome Results)	<input type="text"/> <small>主たる評価項目に係る研究成果が明らかになった際、変更届により入力を行ってください。</small>

必須

注意

注意

試験の進捗に合わせて適宜変更申請を行ってください。

試験実施中は空欄にしてください。
試験終了後、入力してください。

4 臨床研究の対象者に健康被害が生じた場合の補償及び医療の提供に関する事項

研究対象者への補償の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
補償の内容	保険への加入の有無 <input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	保険の補償内容 <input type="text"/>
	保険以外の補償の内容 <input type="text"/> <small>保険加入している場合であって、なしの場合は「なし」と入力してください</small>

必須

注意

注意

注意

研究対象者への補償の有無が「あり」の場合は必須です。



5 臨床研究に用いる医薬品等の製造販売をし、又はしようとする医薬品等製造販売業者及びその特殊関係者の当該臨床研究に対する関与に関する事項等

(1) 特定臨床研究に用いる医薬品等の医薬品等製造販売業者等からの研究資金等の提供等

臨床研究に用いる医薬品等の製造販売をし、又はしようとする医薬品等製造販売業者等の名称	<input type="text"/>
依頼者等の名称	<input type="text"/>
Primary Sponsor	<input type="text"/>
研究資金等の提供の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
研究資金等の提供組織名称	<input type="text"/>
Source of Monetary Support/Secondary Sponsor	<input type="text"/>
Secondary Sponsorの該当性	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当 <small>Secondary Sponsorとは、Primary Sponsor（研究責任医師）が負う研究の実施に係る責務のうち、研究の立案や研究資金の調達に係る責務について、Primary Sponsor（研究責任医師）と共同してその責務を負う者とする。</small>
契約締結の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
契約締結日	<input type="text" value="年/月/日"/>



試験の実施に責任のある組織（日英語）を入力してください。

組織が複数ある場合は1組織ごとに入力してください。
※観察研究におけるどの試験においても「なし／none」ではなく、必ず実施責任組織を入力してください。

研究資金等の提供等

物品提供の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
物品提供の内容	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px;"></div>
役務提供の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
役務提供の内容	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 100px;"></div>
<div style="background-color: #007bff; color: white; padding: 5px; display: inline-block; border-radius: 3px;">医薬品等製造販売業者等からの研究資金等の提供の追加</div> <small>複数ある場合は上記を押下し、医薬品等製造販売業者等毎に全項目を入力してください。</small>	

注意

組織を追加する際は「医薬品等製造販売業者等からの研究資金等の提供の追加」ボタンで入力欄を追加してください。

(2) 臨床研究に用いる医薬品等の医薬品等製造販売業者等以外からの研究資金等の提供

研究資金等の提供の有無	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
研究資金等の提供組織名称	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px;"></div>
Source of Monetary Support	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px;"></div>
Secondary Sponsorの該当性	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当 <small>Secondary Sponsorとは、Primary Sponsor（研究責任医師）が負う研究の実施に係る責務のうち、研究の立案や研究資金の調達に係る責務について、Primary Sponsor（研究責任医師）と共同してその責務を負う者とする。</small>

必須

注意

注意

注意

臨床研究に用いる医薬品等の医薬品等製造販売業者等以外からの研究資金等の提供がある場合は入力してください。



6 審査意見業務を行う認定臨床研究審査委員会の名称等

エクセルの読み込み

ファイルを選択 選択されていません

登録予定の委員会が50件を超える場合は、[こちら](#)から委員会のテンプレートファイルをダウンロードし、Excel形式で作成後、添付してください。
このファイルは公開されます。

アップロード

認定臨床研究審査委員会の所在都道府県 (入力補助)

認定臨床研究審査委員会の認定番号と名称 (入力補助)

認定臨床研究審査委員会又は倫理審査委員会の名称
認定臨床研究審査委員会以外の委員会の審査を受ける場合は直接入力してください

Name of Review Board

上記委員会の認定番号

都道府県 / Prefectures

住所
市区町村以降を入力してください。例) さいたま市、千代田区

Address

電話番号
数値・半角ハイフンを入力してください

電子メールアドレス
メールアドレス形式で入力してください

審査受付番号
委員会から発行された受付番号がある場合は、入力してください

当該臨床研究に対する審査結果 未設定 承認 未承認

必須
必須
注意
必須
必須
必須
必須
必須
必須
必須

研究倫理審査委員会報告システムのIRB番号がある場合は入力してください。

都道府県はプルダウンで選択するため都道府県名の入力不要です。

住所：市区町村以降を入力してください。

Address：市区町村以降を入力してください。

都道府県名の重複が多いため必ず「入力内容確認画面」で確認してください。

特段の理由が無い限り電話番号、電子メールアドレスを入力してください。



7 その他の事項

(1) 臨床研究の対象者等への説明及び同意に関する事項

臨床研究の対象者等への説明及び同意の内容	<input type="text"/> <small>その記載事項の全てを記載する事ができないときには、同欄に「別紙のとおり。」と記載し、別紙を添付すること。なお、この内容は公表されません。</small>
同意及び説明の内容（別紙）	<input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません <small>この内容は公表されません。</small>

← **注意** 一般の方へは非公開です。上で「別紙のとおり」とした場合はこちらに添付してください。

(2) 他の臨床研究登録機関への登録

他の臨床研究登録機関発行の研究番号	例：NCT+数字8桁	← 注意
他の臨床研究登録機関の名称	例：ClinicalTrials.gov	← 注意
Issuing Authority	例：ClinicalTrials.gov	← 注意

← **注意** jRCT登録時点で他の臨床研究機関への登録が完了している場合（研究番号が発番されている場合）のみ入力してください。

(3) 臨床研究を実施するに当たって留意すべき事項

備考	国際共同研究	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない
	遺伝子治療等臨床研究に関する指針（平成27年厚生労働省令第344号）の対象となる臨床研究	<input checked="" type="radio"/> 未設定 <input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない

生物由来製品に指定が見込まれる薬物を用いる臨床研究 未設定 該当する 該当しない

(4) IPD (individual clinical trial participant-level data) シェアリング (匿名化された臨床研究の対象者単位のデータの共有)

IPDデータを共有する計画/ Plan to share IPD	<input type="radio"/> 有 / Yes <input checked="" type="radio"/> 無 / No
計画の説明	<input type="text"/>
Plan description	<input type="text"/>

必須 ← IPDデータを共有する計画について選択してください。

注意 ← IPDデータを共有する計画が「有」の場合は入力してください。

注意 ←

(5) 全体を通しての補足事項等

その他1	<input type="text"/>
その他2	<input type="text"/>
その他3	<input type="text"/>

注意 ← 試験全体に関わる補足事項等がある場合は入力してください。

注意 ←

注意 ←



✎ 添付資料

1 審査結果通知書	<p>ファイルを選択 選択されていません</p> <p>認定臨床研究審査委員会又は倫理審査委員会から審査結果を通知された文書（新規承認時/変更申請時）を添付してください。 このファイルは公表されません。</p>	注意	一般の方へは「公開されます」。
2-1 その他の添付資料 1	<p>ファイルを選択 選択されていません</p> <p>本文中に掲載しきれない説明書類等を添付してください。 このファイルは公表されます。</p>	注意	
2-2 その他の添付資料 2	<p>ファイルを選択 選択されていません</p> <p>本文中に掲載しきれない説明書類等を添付してください。 このファイルは公表されます。</p>	注意	



✎ 管理的事項

研究の種類	観察研究	
jRCT番号		

✎ 1 臨床研究の実施体制に関する事項及び臨床研究を行う施設の構造設備に関する事項

(1) 研究の名称

研究名称 / Scientific Title (Acronym)	必須項目が未入力です。	必須項目が未入力です。
平易な研究名称 / Public Title (Acronym)	必須項目が未入力です。	必須項目が未入力です。

修正する

(2) 研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）に関する事項等

研究責任医師（多施設共同研究の場合は、研究代表医師）の連絡先 Contact for Scientific Queries	氏名 / Name	必須項目が未入力です。	必須項目が未入力です。
	e-Rad番号		
	所属機関（実施医療機関） / Affiliation	必須項目が未入力です。	必須項目が未入力です。
	所属部署	必須項目が未入力です。	
	所属機関の郵便番号		
	所属機関の住所 / Address	必須項目が未入力です。	必須項目が未入力です。

注意 入力内容確認画面で登録内容を確認してください。その際、特に以下の点について注意してください。

- ・氏名/Nameは、姓+名の順番となっているか。
- ・他の臨床研究登録機関発行の研究番号は半角英数のみで入力されているか。
- ・研究責任医師、研究に関する問合せ先、臨床研究審査委員会のAddressで、都道府県名が重複していないか。

試験課題名や長文を入力するテキスト欄では、Wordなどから貼り付けを行うケースが多く見られます。

その結果、

“垂直タブ”、“全角のスペース”、“改行コード”などご自身が気づかないまま入力されているケースがあります。

これらはWHOとのシステム連携時にシステムエラーを引き起こす大きな要因となります。

一度ノートパッド等のテキストエディタでご確認の上張り付けるようお願いいたします。

- 本システムの日本語項目は、全角文字と半角英数字、記号での入力が可能です。 環境依存文字や絵文字は入力不可となっておりますので、ご理解いただきますようお願いいたします。

また、英語項目は、半角英数字のみ入力可能となっております。

そのため「≧」「≦」「α」「'」のような全角記号や「あいう 1 2 3」等の全角文字が入力された場合、入力エラーとして表示されます。

記号等は「>=」などのように入力可能な範囲でご対応お願いいたします。

- よくあるお問い合わせ>>本システムの入力可能文字について

<https://jrct.mhlw.go.jp/faq>

にも上記内容が記載されています。