

ICMJE DISCLOSURE FORM (ICMJE 利益相反開示用書式)

Date (日付) : _____

Your Name (氏名) : _____

Manuscript Title (論文題名) : _____

Manuscript number (if known) (論文番号 (既知の場合)) : _____

In the interest of transparency, we ask you to disclose all relationships/activities/interests listed below that are related to the content of your manuscript. "Related" means any relation with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the manuscript. Disclosure represents a commitment to transparency and does not necessarily indicate a bias. If you are in doubt about whether to list a relationship/activity/interest, it is preferable that you do so.

(透明性の確保のために、下記のリストに挙げられた、論文の内容に関連する全ての関係性/活動/利権を開示して下さい。"関連する"とは、論文の内容が利権に影響する、営利目的または非営利目的の第三者との、あらゆる関係を意味します。利益相反の開示は透明性の確約を示すものであり、必ずしも何らかへの偏向を示すものではありません。もし関係性/活動/利権が存在するか疑わしい場合は、開示して下さい。)

The following questions apply to the author's relationships/activities/interests as they relate to the current manuscript only.

(以下の質問は、著者の関係性/活動/利権が本論文に関連する場合のみ、適用されます。)

The author's relationships/activities/interests should be defined broadly. For example, if your manuscript pertains to the epidemiology of hypertension, you should declare all relationships with manufacturers of antihypertensive medication, even if that medication is not mentioned in the manuscript.

(著者の関係性/活動/利権は、広く定義される必要があります。例えば、論文が高血圧の原因に関連する場合、もし降圧薬について論文の中で述べられていなかったとしても、降圧薬に関わる全ての企業との関連が開示される必要があります。)

In item #1 below, report all support for the work reported in this manuscript without time limit. For all other items, the time frame for disclosure is the past 36 months.

(下記の#1の事項においては、期間の制限なく、本論文で報告されている研究に対する全ての支援を報告して下さい。他の全ての事項においては、開示の対象期間は過去 36 か月となります。)

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed) (関係する全ての人・組織などの名前を記載してください。または、「なし」にチェックを入れて下さい。(必要に応じて、行を追加して下さい))	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution) (特記事項/意見(例: 報酬が個人に支払われたものか、個人の所属する機関に支払われたものか、など))
Time frame: Since the initial planning of the work (期間: 本研究が最初に企画された時以降)			
1	All support for the present manuscript (e.g., funding, provision of study materials, medical writing, article processing charges, etc.)	_____ None	

	No time limit for this item. (現在の論文に対する全ての支援 (例: 資金、研究材料の供与、医学的な著述、論文掲載料、など) この事項については、期間の限定はありません。)		
Time frame: past 36 months (期間 : 過去 36 か月)			
2	Grants or contracts from any entity (if not indicated in item #1 above). (全ての人・組織などからの助成金または契約 (上記#1 に記載されていない場合))	_____ None	
3	Royalties or licenses (印税または特許)	_____ None	
4	Consulting fees (相談料)	_____ None	
5	Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events (講義、発表、専門的助言、論文執筆、教育講演などへの報酬や謝礼)	_____ None	
6	Payment for expert testimony (専門家としての証言への報酬)	_____ None	
7	Support for attending meetings and/or travel (会議参加費及び旅費などの支援)	_____ None	
8	Patents planned, issued or pending (計画済、発行済、または審査中の特許)	_____ None	
9	Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board (データ安全性モニタリング委員会または諮問会議への参加)	_____ None	
10	Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, paid or unpaid	_____ None	

	(その他の審査会、協会、委員会、支援団体等における長または受託者としての役割、報酬の有無は問わない)		
11	Stock or stock options (株式、または自社株購入権)	_____ None	
12	Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services (機器、材料、薬品、医学的な著述、贈与品、その他のサービスの受領)	_____ None	
13	Other financial or non-financial interests (その他の金銭的または金銭的でない利権)	_____ None	

Please place an "X" next to the following statement to indicate your agreement:

(同意される場合は、以下の記載にチェック(X)を入れて下さい。)

___ I certify that I have answered every question and have not altered the wording of any of the questions on this form.

(___私は全ての質問に答えており、この書式の全ての質問の文言を変更していないことを誓約します。)

利益相反は、1つの企業や営利を目的とした団体よりの報酬が申告の対象となります。

申告の対象となる基準額及び内容は、マリアンナネット（学内限定）の法人の「利益相反の申告に関する基準額」を確認して下さい。

URL : http://mip.marianna-u.ac.jp/campus/modules/news/index.php?page=article&storyid=2031&category_id=5

翻訳：聖マリアンナ医科大学医学会 雑誌編集委員会