

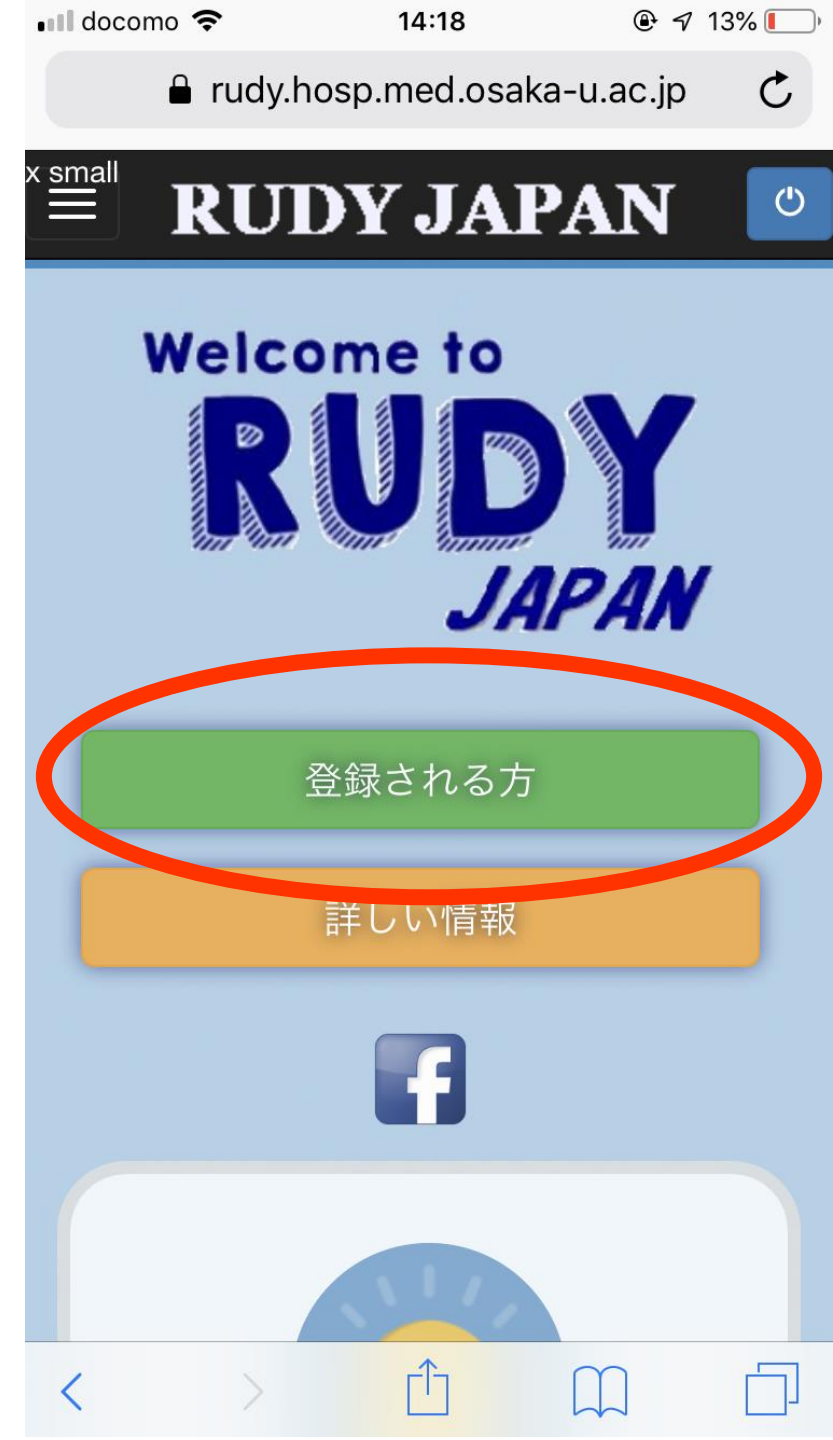
RUDY JAPANの登録方法(1)

～仮登録編～

(1) トップページにアクセスする

RUDY JAPAN登録サイトにアクセスし、
<https://rudymed.osaka-u.ac.jp/>

「登録される方」を選択して、登録画面に進みます。



(2) 説明文書をよく読む

「説明文書」を選択すると、研究の詳細が書かれた文書が表示されます。こちらをよく読んでから、研究への参加をお願いします。読み終わったら、横のチェックボックスを選択しましょう。

サインアップ

☒ 私は説明文書を読みました。

参加者タイプ

docomo 14:19 13%

rudy.hosp.med.osaka-u.ac.jp

x small RUDY JAPAN

🕒 研究にご関心をお寄せいただきありがとうございます。この登録プロセスは、すぐ終了します。

❗ ご不明な点がありましたらお気軽にお問い合わせください。
rudy@hp-info.med.osaka-u.ac.jp

サインアップ

☐ 私は説明文書を読みました。

参加者タイプ

私は患者・患者の代理人です

私は患者本人／患者の親／保護者／介護者で、患者のためにシステムを利用します。

(3) 登録タイプを入力する

「私は患者・患者の代理人です」と「私は患者を紹介します」のいずれかを選択します。ご自身が患者さんの場合は、「私は患者・患者の代理人です」を選択してください。

※以降、患者さんご自身が登録する際の方法をご説明します。

docomo 14:26 rudy.hosp.med.osaka-u.ac.jp

RUDY JAPAN rudy@hp-info.med.osaka-u.ac.jp

サインアップ

☒ 私は説明文書を読みました。

参加者タイプ

私は患者・患者の代理人です

私は患者本人／患者の親／保護者／介護者で、患者のためにシステムを利用します。

☒

私は患者を紹介します

私は患者を紹介するために、システムを利用します。

☐

(4) 自分の情報を入力する

必要事項を入力してください。なお、生年月日のところは「1931/05/01」のように、「/」で区切る必要があります。同様に、郵便番号も「123-4567」のように、「-」で区切ってください。

全て入力が終わったら、「アカウントを作成する」を選択します。

患者さんの情報:

姓 (必須)

姓

名 (必須)

名

患者生年月日 (YYYY/MM/DD形式) (必須)

YYYY/MM/DD

性別 (必須)

男性

女性

郵便番号 (必須)

XXX-XXXX

どのようにRUDYお知りになりましたか？

選択してください ▼

電子メールアドレス

@

パスワード (8文字以上)

パスワード

同じパスワードを入れてください

パスワードを認証する

アカウントを作成する

(5) 病名を選択する

主治医から伝えられている病名を選択して選んでください。なお、「A: 骨格筋チャンネル病」または「B: 遺伝性血管性浮腫（HAE）」を選択すると、中に小分類が展開されますので、その中からご自身の病名を選んでください。

その後、「次へ」を選択します。

A: 骨格筋チャンネル病: ^

- 1. 先天性ミオトニー
- 2. ナトリウムチャンネルミオトニー（カリウム惹起性ミオトニー）
- 3. 先天性パラミオトニー
- 4. 高カリウム性周期性四肢麻痺
- 5. 低カリウム性周期性四肢麻痺
- 6. アンデルセン（タウィル）症候群

B: 遺伝性血管性浮腫（HAE）: v

docomo 15:03 5%

rudy.hosp.med.osaka-u.ac.jp

x small RUDY JAPAN

将来的に、RUDY JAPANでは、様々な疾患を対象に調査研究を進める予定です。

登録 診断 確認

ようこそ おおさか様

病名について

主治医から伝えられている病名をクリックして選んでください。

A: 骨格筋チャンネル病: v

B: 遺伝性血管性浮腫（HAE）: v

次へ

(6) 電話番号を入力し、同意書を準備する

電話番号を入力します。

次に、「説明文書」と「同意書」をダウンロードします。
 なお、「説明文書」に関しては、(2)で説明文書を既にご覧になられた方はとばしていただいても構いません。「同意書」はこちらでダウンロードしたものをご自身で印刷の上、必要事項を記入し、用紙を郵送またはスキャンしたデータ・画像ファイルをメールで送付してください。

最後に、「上記内容を承諾したら、チェックを入れてください。」のチェックボックスを選択し、「次へ」を選択します。

登録にあたって、あなたの主治医へRUDY Japan事務局から確認の連絡をさせていただきますので、予めご了承ください。

登録 診断 確認

同意について

電話番号1 (入力必須; ハイフンなしで記入) 電話番号2 (ハイフンなしで記入)

「説明文書(PDF)」を最後まで読み、内容に同意いただけましたら、同意書をダウンロードして必要事項を記入し、下記の住所へ郵送するか、あるいはスキャンしたデータ・画像ファイルをメールで送付してください。

- ・ 説明文書 (PDF)
- ・ 同意書 (PDF)

郵送先：〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
 大阪大学大学院医学系研究科 RUDY事務局
 メールアドレス：rudy@hp-info.med.osaka-u.ac.jp

☐ 上記内容を承諾したら、チェックを入れてください。

連絡事項

次へ

(7) 仮登録は完了！

このような画面が表示されたら、仮登録は完了です。登録された内容に誤りがないか、確認をお願いします。

次に、(6)の同意書を送付してください。事務局に同意書が届きましたら、ご本人確認のステップに移ります。

