

2021年4月19日作成

RUDY JAPANの登録方法

～登録申請編～

(1) トップページにアクセスする

「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。

登録申請

私は説明文書を読みました。

🕒 研究にご関心をお寄せいただきありがとうございます。右の必要事項をご記入下さい。

❗ 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

登録申請

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

(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、ご自身が患者として登録する方法をご説明します。

登録申請

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。



患者さんの情報:

姓 (必須)

姓

(4) 自分の情報を入力する

必要事項を入力してください。

- 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。
- 郵便番号も「123-4567」のように「-」で区切ってください。
- なお、ここで設定したパスワードはログインの際に必要なになります。

すべて入力が終わったら、「[次へ](#)」を選択します。

患者さんの情報:

姓 (必須)

名 (必須)

患者生年月日 (YYYY/MM/DD形式) (必須)

性別 (必須)

郵便番号 (必須)

どのようにRUDYお知りになりましたか？

電子メールアドレス

パスワード (8文字以上)

同じパスワードを入れてください

次へ

(5-1) 病名を選択する

ここでは、主治医から伝えられている病名を選択してください。

まず、A～Cのうち当てはまるものを選択してください。

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。

連絡先

診断

同意確認

ようこそ おおさか様

病名について

あなたの病名・タイプをクリックして選んでください。

A: 骨格筋チャネル病:



B: 遺伝性血管性浮腫 (HAE):



C: 表皮水疱症 (EB):



次へ

(5-2) 病名を選択する

次に、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または病型を選んでください。「A: 骨格筋チャンネル病」を選択した場合の例をお示ししています。

すべて入力が終わったら、「次へ」を選択します。

病名について

あなたの病名・タイプをクリックして選んでください。

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):

C: 表皮水疱症 (EB):

次へ

(6) 電話番号の入力

電話番号を入力します。ここでは「-」の記入は不要です。

このページで登録申請は完了です。

連絡先

診断

同意確認

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」を最後まで読み、内容に同意いただけましたら、下のチェックボックスにチェックを入れてください。

・ 説明文書はこちら→[PDF]



なお、内容について質問等がございましたら、以下の問い合わせ先までご連絡ください。

大阪大学大学院医学系研究科 RUDY JAPAN事務局

メールアドレス：rudu@hp-info.med.osaka-u.ac.jp

(7) 研究への同意と登録申請の完了

まずは「**説明文書**」をダウンロードし、内容をご確認ください。(2)で既にご覧になられた方は飛ばしていただいても構いません。

次に、「**説明文書を読み、研究に参加することに同意します。事務局があなたの主治医に連絡をとり、診断名等の確認のための連絡を行うことについても同意します。なお、いったん同意しても、同意の撤回が可能であることも理解しております。**」のチェックボックスを選択し、「**登録申請を完了**」を選択します。

このページで登録申請は完了です。

連絡先

診断

同意確認

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」を最後まで読み、内容に同意いただけましたら、下のチェックボックスにチェックを入れてください。

・ 説明文書はこちら→[PDF]



なお、内容について質問等がございましたら、以下の問い合わせ先までご連絡ください。
大阪大学大学院医学系研究科 RUDY JAPAN事務局
メールアドレス：rudu@hp-info.med.osaka-u.ac.jp

説明文書を読み、研究に参加することに同意します。
事務局があなたの主治医に連絡をとり、診断名等の確認のための連絡を行うことについても同意します。なお、いったん同意しても、同意の撤回が可能であることも理解しております。

登録申請を完了

(8) 登録申請は完了！

このような画面が表示されたら、登録申請は完了です。登録された内容に誤りがないか、確認をお願いします。登録受付メールが自動送信されておりますので、ご確認ください。

登録申請から一週間以内に、事務局で内容を確認し、改めて登録案内のメールをお送りいたします。

登録についてご不明な点やお困りのことがあれば
RUDY JAPAN 事務局までお気軽にお問い合わせください

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

ありがとうございました。
ました。

RUDY JAPANへの登録申請が完了しました。

お申込み内容は次のとおりです。

氏名:
おおさか だいがく
性別:
男性
生年月日:

ご登録のアドレスに、登録受付メールを自動送信しております。メールが届いていない方は、以下にお問い合わせください。

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

事務局からご連絡を受け取った後、ご登録の手続きをお願いします。その際ご登録いただいた上記のメールアドレスとパスワードをご入力してログインしてください。右の「トップに戻る」ボタンをクリックするとトップページに戻ります。

[トップに戻る](#)