



医療関係者の皆様へ 研究協力者募集のお知らせ —心的外傷後ストレス障害(PTSD) に対する認知処理療法—

世界の治療ガイドラインによれば、心的外傷後ストレス障害(PTSD)に対しては認知行動療法が第一選択の治療として推奨されています。認知処理療法は、認知行動療法のひとつです。狭まってしまった考えをご自身のちからで柔らかくときほぐし、自由に考えられるようにお手伝いをしていきます。私たちはこの認知処理療法の日本における有効性を検証することにより、我が国におけるPTSDの治療の選択肢を広げることを目指しています。認知行動療法センターでは、国立精神・神経医療研究センター病院と連携して、臨床試験の参加者を募集しています。研究に参加を希望される患者様がいらっしゃいましたら、ぜひご紹介ください。

【対象の方】

・PTSDでお困りの方

- ・年齢が**18～70歳**
- ・本研究の基準に該当された方(PTSDの診断など)
- ・本研究の目的、内容を理解し、研究参加の同意をしていただける方



【ご参加いただけない方】（研究参加時点において、以下の内容に当てはまる方）

- ・物質依存、躁病エピソード、精神病性障害が認められる方
- ・著しい希死念慮が認められる方
- ・他の構造化された精神療法を受けている方
- ・その他研究責任者が本研究の対象として不適当と判断した方

【期間・内容】

- ・これまでの主治医との診察は継続しつつ、国立精神・神経医療研究センター病院（小平市）にて、週に1回、平均12-16セッションの認知処理療法を受けていただきます
- ・研究プログラムの都合上、治療開始まで16週間お待ち頂く可能性があります
- ・**認知処理療法の費用は一切かかりません**（7,000円程度の初診料、交通費は除きます）

【大まかな流れ】

- 1.まずは下記のQRコードから、臨床試験の詳細な内容をご覧ください
- 2.主治医からの許可、患者様のご希望があることをご確認ください
- 3.患者様が「診療申込書」にご記入の上、国立精神・神経医療研究センター病院へお送りください



国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター
〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
042-341-2711(代表)
※「認知行動療法センターに問い合わせたい」と担当者へお伝えください
問い合わせ先: 片柳、佐藤
主任研究者: 堀越勝 伊藤正哉



お手続き

①主治医の先生にご相談ください ②以下にご記入ください ③FAXまたは郵送してください

診療申込書

FAX 042-346-1681

郵送の場合⇒ 〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経医療研究センター病院 予約センター初診担当宛

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ	生年			年	月	日(歳)	男・女
患者氏名	月日						
〒 住所						当院受診歴 有(ID: _____) / 無	
平日9時～17時の間に通話可能な電話番号 ※未記入や連絡のつかない場合はキャンセル扱いとなります							
第一 ()		第二 ()					
診療科・専門疾病センター・専門外来 (下記□に✓をいれてください)							
<input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 小児神経科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 心療内科 ➡認知行動療法センターでの臨床研究(認知処理療法)を希望							
<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 筋疾患 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 気分障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 他:							
病名・主症状など(申込み者が医療機関の場合、紹介状を添付下さい)						目的(診察 / 検査)	
						希望医師() ※ご希望通りにならない場合もありますこと、予めご了承下さい	
現在の状況 在宅(自宅) / 入院中 / 施設入居中			紹介状: 有 / 無 ※紹介状が無い場合には5000円(税抜)が別途かかります				
紹介状作成医療機関							

※申込み者が施設や医療機関の場合、下記にもご記入下さい

患者さん・ご家族の方は記入しないでください

関係機関名称:			
担当部署:	担当者名:	TEL:	FAX:

※当院では書類作成のみの診察は行っておりません。

※初診日と再診日の曜日は同じとは限りません。

※予約取得後にキャンセルをされる場合、必ず予約センター(042-346-2190)へご連絡ください。

無断キャンセルされた場合は次回予約取得時の優先に影響します。