様式第２号（第３関係）

**臨床調査個人票及び同意書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 | 年　　月　　日（満　　　歳） |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 診断年月 | 年　　　月 | 前医 | 医療機関名医師名 |
| 検査所見（直近のもの） | １ Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（該当する項目にチェックを入れる）□HBs抗原陽性（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）　又は　HBV-DNA陽性（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）□HBs抗原消失例（過去に６か月以上間隔を空けて行った連続する２回の測定結果でHBs抗原陽性である）１回目HBs抗原陽性（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）２回目HBs抗原陽性（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）２ Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（該当する項目にチェックを入れる）□HCV抗体陽性（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）□HCV-RNA陽性（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）３ 血液検査（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）AST 　　　U/L 　ALT 　 　　　 U/L　　血小板数　　　　 　/μL血清ｱﾙﾌﾞﾐﾝ 　　　g/dL　血清総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ 　　　mg/dL　ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ時間 　　　％４ 身体所見（該当する項目にチェックを入れる）（検査日：　　　　年　　 月　　 日）腹水（□なし，□軽度，□中程度以上）肝性脳症（□なし，□軽度〔Ⅰ，Ⅱ〕，□昏睡〔Ⅲ以上〕） |
| 診断根拠 | 【肝がんの場合】（該当する項目にチェックを入れる）□画像検査（□造影CT，□造影MRI，□血管造影/造影下CT）（検査日：　　　年　　月　　日）□病理検査（□切除標本，□腫瘍生検）（検査日：　　　年　　月　　日）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※その他の場合には，その具体的な内容を記載のうえ，根拠となる資料を添付すること。【重度肝硬変の場合】（該当する項目にチェックを入れる）□Child-Pugh scoreで７点以上（検査日：　　　　　年　　　月　　　日）□別に定める「重度肝硬変の医療行為」の治療歴を有する（当該医療行為の実施日：　　　　　年　　　月　　　日） |
| その他，記載すべき事項 |  |
| 診断 | 該当する全ての項目にチェックする。□肝がん（Ｂ型肝炎ウイルスによる） □重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｂ型肝炎ウイルスによる）□肝がん（Ｃ型肝炎ウイルスによる） □重度肝硬変（非代償性肝硬変）（Ｃ型肝炎ウイルスによる） |
| 医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　年　　月　　日医師氏名 |
| 同意書厚生労働省の研究事業について説明を受け，本研究事業の趣旨を理解し，臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し，活用されることに同意します。同意年月日　　　　　年　　　月　　　日患者氏名（代諾者の場合は代諾者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　） |

*臨床調査個人票及び同意書の別紙として，指定医療機関が患者本人に臨床データの提供に関して説明するための資料が添付されます。*