

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)	<p>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) <input type="checkbox"/> HBs 抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 又は HBV-DNA 陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>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) <input type="checkbox"/> HCV 抗体陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCV-RNA 陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>3 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL 血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロン時間 _____ %</p> <p>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 (<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> 軽度, <input type="checkbox"/> 中程度以上) 肝性脳症 (<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> 軽度 [I, II], <input type="checkbox"/> 昏睡 [Ⅲ以上])</p>				
診断根拠	<p>【肝がんの場合】 (該当する項目にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> 画像検査 (<input type="checkbox"/> 造影CT, <input type="checkbox"/> 造影MRI, <input type="checkbox"/> 血管造影/造影下CT) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 病理検査 (<input type="checkbox"/> 切除標本, <input type="checkbox"/> 腫瘍生検) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>【重度肝硬変の場合】 (該当する項目にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)</p>				
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。 <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 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)					