

## 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）</p> <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>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）</p> <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>3 血液検査（検査日： 年 月 日）  AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ 万/<math>\mu</math>L  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）</p> <input type="checkbox"/> 画像検査（検査日： 年 月 日） （ <input type="checkbox"/> 造影CT、 <input type="checkbox"/> 造影MRI、 <input type="checkbox"/> 血管造影/造影下CT） <input type="checkbox"/> 病理検査（検査日： 年 月 日） （ <input type="checkbox"/> 切除標本、 <input type="checkbox"/> 腫瘍生検） <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>【重度肝硬変の場合】（該当する項目にチェックを入れる）</p> <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）				
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					
<b>同意書</b>					
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。