

臨床調査個人票及び同意書

| | | | | | |
|---|--|-----------------|-------|----------|----------|
| フリガナ 患者氏名 | | | 性別 | 生年月日（年齢） | |
| | | | 男・女 | 年 | 月 日（満 歳） |
| 住所 | 郵便番号 | | | | |
| | 電話番号（ ） | | | | |
| 診断年月 | 年 月 | 前医 (あれば記載する) | 医療機関名 | 医師名 | |
| 検査所見 | <p>直近の所見を記載すること。</p> <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 <input type="checkbox"/> HBV-DNA陽性（検査日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> HBs抗原消失例（過去に6ヶ月以上間隔を開けて実施した連続する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 プロトロンビン時間 _____ %</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） <input type="checkbox"/> 腹水（ <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度、 <input type="checkbox"/> 中程度以上 ） <input type="checkbox"/> 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（非代償性肝硬変）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（非代償性肝硬変）の医療行為」の医療歴を有する。 （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 | <p>該当する項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん（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）（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）（C型肝炎ウイルスによる）</p> | | | | |
| 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） | | | | | |