

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	該当する項目にチェックを入れる。 <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）		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名	印		
<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	Ⓜ）