

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	直近の所見を入力すること。 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ヶ月以上間隔を空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) 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 _____ / μ L 血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロンビン時間 _____ % 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(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) □ Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日) □ 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)			
そ の 他 記 載 す べ き 事 項				
診 断	該当するすべての項目にチェックを入れる。 □肝がん (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) (B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)				