

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 _____ /<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)                  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 ( <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					
<p><b>同意書</b></p> 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。