

(様式2)

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			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。) <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。) <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) 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 (<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))				
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。) <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。 【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)				
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					
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					
同意者氏名 (代諾者・代理人の場合は代諾者・代理人の氏名を記載してください。)					
<input type="checkbox"/> 上記の者を代諾者・代理人と定め、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る同意書の署名の記載について委任します。					
委任者(患者)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。

指定医療機関と患者本人との間で用いられるものとなりますが、都道府県から指定医療機関に交付していただくこととなります。

なお、すべての患者に対して同一のものを示す必要があるため、交付にあたり、記載内容の追加・削除は行わないでください。