|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　/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　　　　％  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 | | | | | |

臨床調査個人票及び同意書

様式第２号