

## (様式第2号)

## 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	大正 昭和 年 月 日生 平成 令和 (満 歳)		
住所	〒 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 定量(検査日： 年 月 日)					
	3 血液検査(検査日： 年 月 日) AST IU/L ALT IU/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 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"/> 中等度以上） 肝性脳症（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度（I, II） <input type="checkbox"/> 昏睡（III以上））					
	【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。 <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						
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）						

(様式第2号)

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。都道府県から指定医療機関に交付していただくことになります。

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ので、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。