（別紙様式第２号）

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 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　）