

登録センターにFAX送信をお願い致します

症例登録票

免疫抑制薬、抗悪性腫瘍薬による
B型肝炎ウイルス再活性化の実態解明と対策法の確立

下記太枠内にご記入の上、FAXにてご連絡ください。

埼玉医科大学医学部 名越 澄子 行 FAX 番号：049-294-8404 受付時間：月曜日～土曜日 9:00～18:00	施設名 _____ 診療科 _____ 診療分野 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病 <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 担当医師名 _____ FAX 番号 () _____ TEL 番号 () _____
--	--

<担当医師記入欄>

記入日： 年 月 日

匿名化 ID 番号					
患者識別記号		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
疾患名					
生年月日	(西暦)	19	年	月	日
本人文書同意取得日	(西暦)	20	年	月	日
初回スクリーニング日	(西暦)	20	年	月	日

※ 網掛 の部分に該当する場合は不適格となります。

選択基準 (選択基準に合致している場合には「Yes」にチェックして下さい。)		Yes	No
1) HBV キャリア例 (HBs 抗原陽性)	治療開始前の HBs 抗原：陽性 測定日：20 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 既往感染例 (HBs 抗原陰性かつ HBc 抗体 ないしは HBs 抗体陽性)	治療開始前の HBs 抗原： <input type="checkbox"/> 陽性・ <input type="checkbox"/> 陰性 HBc 抗体： <input type="checkbox"/> 陽性・ <input type="checkbox"/> 陰性 HBs 抗体： <input type="checkbox"/> 陽性・ <input type="checkbox"/> 陰性 測定日：20 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 免疫抑制・化学療法	初回の治療である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

投与予定の免疫抑制薬、抗悪性腫瘍薬	投与量	投与期間
再治療の場合に以前に実施した治療法 その他特記事項		