

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

**凡例** 入力項目分類 (数字は入力の優先順位)

1. 毎回入力項目 : 2重括弧 (毎回入力をしていただく項目)
2. 変更のみ入力項目 : 1重括弧 (前回からのデータ変更及びデータ追加があれば入力していただく項目)
3. 1回のみ項目 : 括弧なし (1回のみ入力すればよい項目)

## 日付項目

「不明」にチェックする場合 : プロジェクト開始以前のため、カルテ等で避れない場合のみにして下さい。  
 年月のみ判明している場合 : 年月は判明している情報を、日は「不明」を入力して下さい。

追加

1回の入力でシートを追加して入力可能

前回の内容をコピー

前回調査の入力をコピーして入力可能

**(疾患) B型慢性肝炎**

## 疾患の定義

6カ月以上にわたりALTの異常値が認められ、かつHBs抗原あるいはHBV-DNAが陽性である。

または、すでにB型慢性肝炎と診断され、薬物治療等が行われている。

診断日 [ ]年 [ ]月 [ ]日 □不明

登録時の自覚症状 ○あり ○なし ○不明

- 全身倦怠感  
 黄疸  
 掻痒  
 食思不振  
 その他 ( )

前回の内容をコピー

インターフェロンの使用 ○あり ○なし ○不明 \*治療が複数ある場合は、調査実施日に近いほうにしてください。

薬剤名 ( )

投与開始日 [ ]年 [ ]月 [ ]日 □不明

効果 ○あり ○なし ○不明

- HBs抗原陰性化  
 HBe抗原陰性化  
 HBV-DNA検出感度以下  
 ALT正常化  
 肝炎再燃  
 その他 ( )

核酸アナログの使用 ○あり ○なし ○不明

薬剤名 ( )

投与開始日 [ ]年 [ ]月 [ ]日 □不明

効果 ○あり ○なし ○不明

- HBs抗原陰性化  
 HBe抗原陰性化  
 HBV-DNA検出感度以下  
 ALT正常化  
 肝炎再燃  
 その他 ( )

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

## 合併症

○ あり

○ なし

○ 不明

- 肝細胞がん合併 (注: ありの場合、肝がんに登録してください。)
- 肝細胞がん以外の悪性腫瘍 (注: ありの場合、該当するがんの項目も記入してください。)
- ウイルス感染症
  - HCV (注: HCV ありの場合、C型慢性肝炎に登録してください。)
  - HIV
  - その他 ( )
- 糖尿病 (注: 糖尿病ありの場合、糖尿病に登録してください。)
- 脂肪肝
- 糸球体腎炎
- 精神疾患
  - うつ病 (注: うつ病ありの場合、うつ病に登録してください。)
  - その他 ( )
- その他 ( )