

(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、カルテ等で遡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) C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HCV-RNAが陽性である。

または、すでにC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 ()

併用薬 ○あり ○なし ○不明

 リバビリン テラプレビル

投与開始日 []年 []月 []日 □不明

効果 ○あり ○なし ○不明

- 完全著効(SVR)
 再燃
 Breakthrough
 ALT正常化
 中止 (理由:)
 その他 ()

合併症 ○あり ○なし ○不明

- 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
 自己免疫性肝炎
 糸球体腎炎
 クリオグロブリン血症
 慢性甲状腺炎
 Sjogren 症候群
 扁平苔癬
 悪性リンパ腫
 ポルフィリン症
 特発性肺線維症
 肝細胞がん (注:肝細胞がんありの場合、肝がんに登録してください。)

(注意) :複数選択:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

 ウィルス感染症 HBV (注: HBV ありの場合、B型慢性肝炎の項目も記入してください。) HIV その他 () 精神疾患 うつ病 (注: うつ病ありの場合、うつ病の項目も記入してください。) その他 () その他 ()