

別紙様式例 6

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票

○患者の方へのお願い

肝がん又は重度肝硬変により入院した場合には、この記録票を、指定医療機関の窓口忘れずに提示してください。  
また、都道府県に償還払いを請求する場合は、この記録票を請求書に添付してください。

○指定医療機関の会計窓口の方へのお願い

この入院医療記録票が提示されましたら、肝がん・重度肝硬変入院関係医療にかかる記録の記載をお願い致します。

氏名		生年月日	年 月 日
住所		性別	

△年○月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

△年○月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

△年○月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

△年○月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		
(入院日)		<input type="checkbox"/> 実施要綱 3 (2) に定める 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	△△円/〇〇円		
(退院日)			〇or×		

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日(年齢)	
		男・女	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	<p>直近の所見を入力すること。</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><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)</p> <p>1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /<math>\mu</math>L</p> <p>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 _____ %</p> <p>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)</p> <p>腹水 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度、<input type="checkbox"/>中程度以上)</p> <p>肝性脳症 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度(I, II)、<input type="checkbox"/>昏睡(III以上))</p>			
診 断 根 拠	<p>【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>病理所見(<input type="checkbox"/>切除標本、<input type="checkbox"/>腫瘍生検) (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>※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。</p> <p>【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)</p> <p><input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日)</p> <p><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)</p>			
そ の 他 記 載 す べ き 事 項				
診 断	<p>該当するすべての項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/>肝がん (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/>肝がん (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><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)</p> <p><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)</p>			
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日		
医師氏名		印		
<b>同 意 書</b>				
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		印
		(代諾者の場合は代諾者の氏名)		印