

症例登録票(必要な検査所見等)

肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関→各都道府県の拠点病院

匿名化符号

過去のインターフェロンフリー治療

治療期間	平成 年 月 ~ 年 月
治療内容	(薬剤名:)

過去のプロテアーゼ阻害剤+インターフェロン治療の有無

治療内容	なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル
------	-------------------------

献体提出の必要条件

Genotypeが1型である	Serogroup 1 ・ Genotype 1b
HCV RNAが3.0LogIU/mL以上である	Yes ・ No (3.0未満では変異が測定できません)

直近の検査結果

AST	
ALT	
血小板数	

LSI以外で耐性変異を測定している場合

(LSIでの再検は不要です。結果を下記に記載いただくか、結果のコピーをお送りください。)

耐性変異測定方法	
NS3及びNS5A耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

次に予定している治療法と時期

再治療予定時期	平成 年 月 ~ 年 月
治療予定内容	(薬剤名:)

治療上の問題点(再治療の必要性等について記載してください。)

--

平成 年 月 日

医師氏名:

印

医療機関名: