

FAX問合せ用紙

東北大学病院 神経内科HGF-ALS治験問合せ担当 行

FAX : **022-728-3455**

送信日 平成 年 月 日

| | | | |
|---|---|---|--|
| ご所属 (医療機関名・診療科) | | 医師御名前 | |
| ご連絡先 | TEL | | |
| | FAX | | |
| | E-Mail | | |
| お問い合わせ内容 | | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | お住いの地域 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | ※ 20歳以上70歳以下が対象 | |
| 現病歴 : ALSの発症時期 : (201__年__月) | | ※ 発症後30ヶ月以内 | |
| 初発部位 : <input type="checkbox"/> 上肢・ <input type="checkbox"/> 下肢・ <input type="checkbox"/> 球・ <input type="checkbox"/> その他 () | | 認知症の有無 : <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし | |
| 確定診断日 : (201_年_月_日) | | | |
| El Escorial 改訂 Airlie House 診断基準 : ※ clinically probable-laboratory-supported ALS以上が対 | | | |
| <input type="checkbox"/> clinically definite ALS (ALS確実) | | | |
| <input type="checkbox"/> clinically probable ALS (ALS可能性高し) | | | |
| <input type="checkbox"/> clinically probable-laboratory-supported ALS (ALS可能性高し検査陽性) | | | |
| <input type="checkbox"/> clinically possible ALS (ALS可能性あり) | | | |
| <input type="checkbox"/> clinically suspected ALS (ALS疑い) | | | |
| ALS重症度基準 : 重症度判定日 (201_年_月_日) ※ 1もしくは2度のみ対象 | | | |
| <input type="checkbox"/> 1度 : 家事・就労はおおむね可能 | | | |
| <input type="checkbox"/> 2度 : 家事・就労は困難だが、日常生活 (身の回りのこと) はおおむね自立 | | | |
| <input type="checkbox"/> 3度 : 自力で食事、排泄、移動のいずれか一つ以上が出来ず、日常生活に介助を要する | | | |
| <input type="checkbox"/> 4度 : 呼吸困難・痰の喀出困難、あるいは嚥下障害がある | | | |
| <input type="checkbox"/> 5度 : 気管切開、非経口的栄養摂取 (経管栄養、中心静脈栄養など)、人工呼吸器使用 | | | |
| %FVC : _____ % (測定日201_年_月_日) | | ※ 70%以上が対象 | |
| 合併症の有無 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | |
| 疾患名 : | | 治療の有無 : | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療内容) |
| 疾患名 : | | 治療の有無 : | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療内容) |
| 疾患名 : | | 治療の有無 : | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療内容) |
| 疾患名 : | | 治療の有無 : | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療内容) |
| 感染症検査の有無 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合、下記に○をつけてください) | | | |
| HBs抗原検査 (- : +) | | HCV抗体検査 (- : +) | |