千葉大CRB整理番号：CRB\*\*\*\*-\*\*

**試験タイトル**

症　例　報　告　書

**＜スクリーニング＞**

|  |  |
| --- | --- |
| ＤＣ番号 |  |
| 被験者識別コード |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 診療科名 |  |
| 報告書作成日 | （西暦）　　　　　　　　年　　　月 　　 日 |
| 報告書作成者名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 責任医師名※ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　※署名または記名押印

　　　　　　　　　　　作成日　　　　第●版　●●●●年　●●月 ●●日

〔記入上の注意〕

1. 記入は、黒色のボールペンで行う。
2. 訂正は、訂正前の記入内容が分かるように二重線を引き、訂正日(年月日)と訂正理由の記入と試験責任医師又は試験分担医師の署名または記名押印を行う。
3. 空欄には「記入漏れ」と区別するために、その理由（実施せず・未実施）または斜線を入れる。

**患者背景**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者背景評価日 | （西暦）　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 性　別 | □ 男性　　　□ 女性　 |
| 年　齢 | 　　　　　　　　　　 歳 |
| 身　長 | .　　　　　cm　　（小数点第1位まで）　　 |
| 体　重 | . 　 　 kg　　（小数点第1位まで）　　 |

**【既往症】**□なし　　□あり（以下に記入）

|  |
| --- |
| 疾患名 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**【合併症】**□なし　　□あり（以下に記入）

|  |
| --- |
| 疾患名 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**【バイタルサイン】**

|  |  |
| --- | --- |
| 血　圧 | /　　　　　　mmHg |
| 心拍数 | bpm |

**【心電図検査】**

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　見 | □　異常なし□　異常あり（臨床的意義なし）□　異常あり（臨床的意義あり）　→　以下に詳細を記入 |

　※上記以外に評価を実施するものがある場合は、適宜追加をしてください。

臨床検査

**【血液検査】**

　※「臨床検査：血液検査（一般的な項目）」に記入欄のひな形があります。

　　コピーして必要な項目をご記入ください。

　　また、追加項目がある場合は、追加をお願いします。

**【尿検査】**

※「臨床検査：尿検査（一般的な項目）」に記入欄のひな形があります。

　　コピーして必要な項目をご記入ください。

　　また、追加項目がある場合は、追加をお願いします。