

様式2

調査票

(整理番号) -

1. 貴医療機関について、下表に訂正がある場合は、「訂正欄」に御記入ください。

①	名 称		訂正欄	
③	住 所	〒		
		訂正欄		
④	電話番号		訂正欄	
⑤	備 考	(※統合、廃院、名称変更等について御記載ください)		
⑥	連絡窓口	担当者又は 担当部局名	訂正欄	
		電話番号等		

2. 平成6年以前にフィブリノゲン製剤（「フィブリノーゲン-BBank」「フィブリノーゲン-ミドリ」「フィブリノゲン-ミドリ」又は「フィブリノゲンHT-ミドリ」をいいます。以下同じ。）が投与（静注、フィブリン糊としての使用）された方（患者）について、以下の問いにお答えください。

回答欄に、それぞれの選択肢に当てはまる患者の人数をお答えください。

なお、本調査においては、現時点で判明している情報からご記入いただき、不明の患者については「不明」欄に計上してください。

問	回答欄
1. 平成6年以前にフィブリノゲン製剤を投与したことが判明した患者数は何人ですか。	() 人

以下については、問1で御回答いただいた、投与が判明した患者のうちから、それぞれ当てはまる患者数をお答えください（現時点で分かる範囲で結構です）。

2. 投与した患者のうち、患者の氏名等が判明している人数をお答えください。	①氏名が判明	() 人	2
	② 不詳	() 人	3
3. 投与経路ごとの人数をお答えください。	①静脈注射	() 人	4
	②フィブリン糊	() 人	5
	③両方	() 人	6
	④不明	() 人	7
4. フィブリノゲンの投与が判明したのはどのような記録によるか、元になった記録ごとの人数をお答えください。（重複回答可）	①カルテ	() 人	8
	②手術記録	() 人	9
	③分娩記録	() 人	10
	④製剤使用簿	() 人	11
	⑤処方箋	() 人	12
	⑥輸液箋・注射指示箋	() 人	13
	⑦レセプトの写し	() 人	14
	⑧その他の書類 (研究論文データ、入院サマリー等)	() 人	15
	⑨不明	() 人	16

5. (1でご回答いただいた患者数のうち) フィブリノゲン投与の有無について患者からの問い合わせがあったのは何人ですか。	①問い合わせあり	() 人	17
	②なし	() 人	18
	③不明	() 人	19
6. 患者あるいは、遺族に対しフィブリノゲン投与についてのお知らせを行いましたか。	①行った		
	・患者本人	() 人	20
	・遺族	() 人	21
	②行っていない	() 人	22
7. 患者の現在の状況についてお答えください。	③不明	() 人	23
	①生存	() 人	24
	②死亡	() 人	25
7-1. 死亡した患者の原因についてお答えください。	③不明	() 人	26
	①肝炎関連(肝硬変・肝がんを含む)による	() 人	27
	②肝炎関連以外	() 人	28
8. 患者の肝炎ウイルスの感染状況についてお答えください。	③不明	() 人	29
	①B型肝炎	() 人	30
	②C型肝炎	() 人	31
	③両方	() 人	32
	④いずれでもない	() 人	33
	⑤不明	() 人	34

※ 問2~7(問4と問7-1を除く)については、各選択肢の合計人数が、全て問1の御回答と一致することを御確認ください。

3月10日(月)までに御返送をお願いいたします。