

# 調査票 1 (お亡くなりになった原因等)

本調査は、フィブリノゲン製剤投与後に肝炎等の症状を発症した418例の方について、2002年当時と現在の健康状態について把握することを目的として実施しているものです。投与を受けた御本人は、誠に残念ながらお亡くなりになっておりますが、本調査票の記入を依頼された医療機関におかれましては、本調査が、今後のフィブリノゲン製剤による肝炎感染対策に資する重要なものであることを御理解いただき、御協力を賜りますようお願いいたします。

- ※ 本調査に御協力いただく方へ：本調査票は、御本人がお亡くなりになった医療機関に記入をお願いして下さい。
- ※ 御本人が2002年以前にお亡くなりになった場合は、調査票1のみ医療機関に記入を御依頼下さい。その際、調査票2(2002年当時の状況)については、御依頼する必要はありません。
- ※ 本調査票を記入する医療機関の方へ：すべての質問について記入する必要はありません。貴医療機関で分かる範囲(一部は御遺族等の記憶)で御回答下さい。

症例番号(附票の症例番号を転記して下さい)： \_\_\_\_\_

医療機関名及び所在地

調査した診療科 \_\_\_\_\_ 科 記入医師 \_\_\_\_\_

患者識別コード

\_\_\_\_\_ (カルテ番号等問い合わせがあったときに確認できるものとして下さい。)

性別 男 女 生年月日 (西暦) 19\_\_年\_\_月\_\_日

※ 以下の事項について、お答え下さい。

については、当てはまる項目を“×”として下さい。

## ○ お亡くなりになった原因等についてお尋ねします

### ■ 御本人がフィブリノゲン製剤の投与を知った時期について

問1 フィブリノゲン製剤投与の事実を知った時期は？

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃

本院又は他院の診療録等で確認できた 御遺族等の記憶による

その他( )

問2 フィブリノゲン製剤の投与の事実をどのようにして知りましたか？

a 今回(2007年)のフィブリノゲン製剤投与のお知らせで知った

b フィブリノゲン製剤投与については既に知っていた

1) 治療を受けた際に医療機関より説明された

2) 以前のC型肝炎検診受診の呼びかけ(2004年)の際に知った

3) その他( )

■ 御本人が肝炎ウイルスの感染について知った時期について

問3

(1) C型肝炎の感染あるいはその既往

無 有 → 感染を知った時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

(2) B型肝炎の感染あるいはその既往

無 有 → 感染を知った時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

問4 肝炎ウイルスの感染の事実をどのようにして知りましたか？

a 検診の際の肝炎ウイルス検査

検診の種類 ( \_\_\_\_\_ )

b 献血の際の血液検査

c 他の病気で治療を受けた際の医療機関での検査

d その他 ( \_\_\_\_\_ )

問5 輸血歴

本院又は他院の診療録等で確認できた

御遺族等の記憶による

(1) 輸血歴の有無

有

無

不明

(2) 有の場合

1回

2回

3回以上

不明

※ 同一の入院期間に複数回実施された場合は1回と数えて下さい

・ 1回目

本院又は他院の診療録等で確認できた

御遺族等の記憶による

→ 時期 1) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃

2) フィブリノゲン製剤の使用以前

フィブリノゲン製剤の使用と同時期

フィブリノゲン製剤の使用以後

不明

※ 1)は特定できなくとも2)はできるだけ記載するようお願いします

・ 2回目

本院又は他院の診療録等で確認できた

御遺族等の記憶による

→ 時期 1) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃

2) フィブリノゲン製剤の使用以前

フィブリノゲン製剤の使用と同時期

フィブリノゲン製剤の使用以後

不明

※ 1)は特定できなくとも2)はできるだけ記載するようお願いします

■ 御本人がお亡くなりになったときの状況について

問6 亡くなった際の状況

- ・死亡年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- ・主な死亡の原因( \_\_\_\_\_ )  
(死亡診断書(検案書)の写しがあれば添付して下さい。)
- ・死亡原因とC型肝炎感染等との関係
  - 肝炎に関連する肝がん・肝硬変などの疾患  
例) 肝炎が進行した肝硬変による食道静脈瘤
  - B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ B型肝炎とC型肝炎の混合感染
  - 具体的病名( \_\_\_\_\_ )
  - 肝炎とは関係のない原因による死亡

(その他コメント欄)

問7 亡くなった当時、肝機能障害に関する自覚・他覚所見は何かありましたか？

- 自覚・他覚所見なし
- 所見あり(具体的に) \_\_\_\_\_

肝機能検査等を実施されている場合は、問8から問13までにその検査結果、検査年月日等を御記載下さい。それらが分かる検査結果の写しを貼付していただいても構いません。

問8 肝炎ウイルス検査実施

- (1) HBV (検査を実施していた場合には記載して下さい)
    - ・ HBs抗原 ( + - ) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
  - (2) HCV (検査を実施していた場合には記載して下さい)
    - ・ HCV抗体検査 (高 中 低 -) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
    - ・ HCVコア抗原検査 ( + - ) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
    - ・ HCV核酸増幅検査 ( ) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- (判定結果)
- 当時、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い
  - 当時、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い

<検査結果貼付欄>

問9 肝炎に対する治療歴等

肝炎あるいは肝炎ウイルス感染がないため治療はしていない

本院において治療歴有り

治療歴有り → 治療時期 \_\_\_\_\_年\_\_月

インターフェロン（ペグインターフェロン）＋リバビリン

インターフェロン（ペグインターフェロン）単独

グリチルリチン

その他（ \_\_\_\_\_ ）

→ 治療の結果： 治癒  治療を中断 その理由（ \_\_\_\_\_ ）

治療を継続  経過観察へ

その他（ \_\_\_\_\_ ）

経過観察のみ

肝炎あるいは肝炎ウイルス感染があるが、本院においては診療していない

他院において治療歴有り

治療歴有り → 治療時期 \_\_\_\_\_年\_\_月

インターフェロン（ペグインターフェロン）＋リバビリン

インターフェロン（ペグインターフェロン）単独

グリチルリチン

その他（ \_\_\_\_\_ ）

治療内容は不明

→ 治療の結果： 治癒  治療を中断 その理由（ \_\_\_\_\_ ）

治療を継続  経過観察へ

その他（ \_\_\_\_\_ ）

経過観察のみ

他院においても診療されていない

他院において診療されているかどうか不明

問10 最も新しい外来での検査値（死亡時の多臓器不全による肝機能障害等でない肝機能）

最近の実施（採血）年月日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

AST (GOT) ( \_\_\_\_\_ )IU/L

ALT (GPT) ( \_\_\_\_\_ )IU/L

問11 肝炎とは関係のない疾患で亡くなった場合、肝炎ウイルス疾患に関する死亡時の状況

診断時期 \_\_\_\_\_年\_\_月

治癒

無症候性キャリア（ B型肝炎 ・  C型肝炎）

慢性肝炎（ B型肝炎 ・  C型肝炎）

肝硬変（ B型肝炎 ・  C型肝炎）  肝がん（ B型肝炎 ・  C型肝炎）

その他（ \_\_\_\_\_ ）  不明

問12 C型肝炎の状態の推移

- ・ C型肝炎発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃  
 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による
- ・ 肝硬変発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃  
 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による
- ・ 肝がん発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃  
 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による

問13 C型肝炎の治療に当たって肝移植（生体肝移植を含む）を検討しましたか？

- 肝移植を行った                       肝移植を検討したが行わなかった
- 肝移植については検討していない

(その他コメント欄)

御協力ありがとうございました。

## 調査票2 (2002年頃の健康状態等)

本調査は、フィブリノゲン製剤投与後に肝炎等の症状を発症した418例の方について、2002年当時と現在の健康状態について把握することを目的として実施しているものです。投与を受けた御本人は、誠に残念ながらお亡くなりになっておりますが、本調査票の記入を依頼された医療機関におかれましては、本調査が、今後のフィブリノゲン製剤による肝炎感染対策に資する重要なものであることを御理解いただき、御協力を賜りますよう、よろしくお願いいたします。

- ※ **本調査に御協力いただく方へ**：本調査票は、お亡くなりになった御本人が2002年頃に医療機関を受診したり、治療や検査（検診）を受けたりしたことがある場合、その医療機関に記入をお願いして下さい。2002年頃に医療機関に治療（検診）・通院をしたことがない場合は、できる限り2002年前後の肝炎等の状況が分かる医療機関に記入をお願いして下さい。
- ※ 御本人がお亡くなりになった医療機関に2002年頃も通院されていた場合には、調査票1、調査票2ともに同じ医療機関に御記入をお願いして下さい。
- ※ 御本人が2002年以前にお亡くなりになった場合は、調査票1のみ医療機関に記入をお願いして下さい。その際、この調査票2（2002年当時の状況）については、お願いする必要はありません。
- ※ **本調査票を記入する医療機関の方へ**：すべての質問について記入する必要はありませんが、貴医療機関で分かる範囲（一部は御遺族等の記憶）で御回答下さい。

症例番号（附票の症例番号を転記して下さい）： \_\_\_\_\_

医療機関名及び所在地

調査した診療科 \_\_\_\_\_ 科 記入医師 \_\_\_\_\_

患者識別コード

\_\_\_\_\_（カルテ番号等問い合わせがあったときに確認できるものとして下さい。）

性別 男 女 生年月日（西暦）19\_\_年\_\_月\_\_日

※ 以下の事項について、お答え下さい。

については、当てはまる項目を“×”として下さい。

○ 2002年頃の健康状態についてお尋ねします。

○ 問1から問5まで及び問7・問8は、それぞれ調査票1の問1から問5まで及び問12・問13と同じ内容です。記入する医療機関が調査票1と同じ場合は、調査票1の問1から問5まで及び問12・問13で御回答下さい。

■ 御本人がフィブリノゲン製剤の投与を知った時期について

問1 フィブリノゲン製剤投与の事実を知った時期は？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃

- 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による  
 その他( \_\_\_\_\_ )

問2 フィブリノゲン製剤の投与の事実をどのようにして知りましたか？

- a 今回(2007年)のフィブリノゲン製剤投与のお知らせで知った  
 b フィブリノゲン製剤投与については既に知っていた  
     1) 治療を受けた際に医療機関より説明された  
     2) 以前のC型肝炎検診受診の呼びかけ(2004年)の際に知った  
     3) その他( \_\_\_\_\_ )

■ 御本人が肝炎ウイルスの感染について知った時期について

問3

- (1) C型肝炎の感染あるいはその既往  
 無  有 → 感染を知った時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃
- (2) B型肝炎の感染あるいはその既往  
 無  有 → 感染を知った時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

問4 肝炎ウイルスの感染の事実をどのようにして知りましたか？

- a 検診の際の肝炎ウイルス検査  
    検診の種類( \_\_\_\_\_ )
- b 献血の際の血液検査  
 c 他の病気で治療を受けた際の医療機関での検査  
 d その他( \_\_\_\_\_ )

問5 輸血歴

- 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による
- (1) 輸血歴の有無       有       無       不明
- (2) 有の場合       1回       2回       3回以上       不明

※ 同一の入院期間に複数回実施された場合は1回と数えて下さい

・ 1回目

- 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による
- 時期      1) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃
- 2)  フィブリノゲン製剤の使用以前  
                       フィブリノゲン製剤の使用と同時期  
                       フィブリノゲン製剤の使用以後  
                       不明

※ 1)は特定できなくとも2)はできるだけ記載するようお願いします



・ 2 回目

本院又は他院の診療録等で確認できた  御遺族等の記憶による

- 時期 1) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃  
2)  フィブリノゲン製剤の使用以前  
 フィブリノゲン製剤の使用と同時期  
 フィブリノゲン製剤の使用以後  
 不明

※ 1)は特定できなくとも 2)はできるだけ記載するようお願いします

問 6 2002年頃の肝炎の診療状況

本院又は他院の診療録等で確認できた  御遺族等の記憶による

肝炎あるいは肝炎ウイルス感染が認められなかった

肝炎あるいは肝炎ウイルス感染はあったが未治療であった

治療する必要性がなかった  患者の意向で未治療 理由 ( )

治療中であった

その際の治療内容

インターフェロン (ペグインターフェロン) +リバビリン

インターフェロン (ペグインターフェロン) 単独

グリチルリチン

その他 ( )

治療内容は不明

- 治療の結果:  治癒  治療を中断 その理由 ( )  
 治療を継続  経過観察へ  
 その他 ( )

2002年頃は治療していないが、それ以前に治療していた

本院又は他院の診療録等で確認できた  御遺族等の記憶による

その際の治療内容

インターフェロン (ペグインターフェロン) +リバビリン

インターフェロン (ペグインターフェロン) 単独

グリチルリチン

その他 ( )

治療内容は不明

- 治療の結果:  治癒  治療を中断 その理由 ( )  
 治療を継続  経過観察へ  
 その他 ( )

・ 治療していた時期

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃

2002年以前ではあるが、詳細不明

○問7・問8は、調査票1の問12・問13と同じ内容です。記入する医療機関が調査票1と同じ場合は、調査票1の問12・問13で御回答下さい。

問7 C型肝炎の状態の推移

- ・ C型肝炎発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃  
 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による
- ・ 肝硬変発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃  
 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による
- ・ 肝がん発症時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃  
 本院又は他院の診療録等で確認できた       御遺族等の記憶による

問8 C型肝炎の治療に当たって肝移植（生体肝移植を含む）を検討しましたか？

- 肝移植を行った                       肝移植を検討したが行わなかった
- 肝移植については検討していない

(その他コメント欄)

御協力ありがとうございました。

## 調査票3 (フィブリノゲン製剤投与時の症状)

本調査は、フィブリノゲン製剤投与後に肝炎等の症状を発症した418例の方について、2002年当時と現在の健康状態について把握することを目的として実施しているものです。なお、本調査票は、現在と2002年当時の状況を調査するのに加え、フィブリノゲン製剤投与後に肝炎等の症状を発症した418例の方について、フィブリノゲン製剤投与時の肝機能障害の発症状況や肝機能検査などに関する情報をできる限り収集しようとするものです。

貴医療機関におかれましては、既に、当時肝炎発症の疑いなどの事実を報告されるなど御尽力いただいております、さらに投与時からかなりの期間を経て、関係する記録などを見つけることは大変困難なものと存じますが、少しでも新たな医療情報を収集して分析することにより、今後のフィブリノゲン製剤による肝炎感染対策に資する重要なものとなることを御理解いただき、御協力を賜りますよう、よろしく願いいたします。

※ 製薬企業が医療機関から受けた報告を基に作成した当時の肝機能障害の状況について取りまとめたもの(附票(フィブリノゲン製剤投与時の医療データ))を、御確認いただくとともに、追加可能な医療情報がある場合には、本調査票に御記入いただきます。すべての質問について記入する必要はありませんが、貴医療機関で分かる範囲で御回答下さい。

症例番号(附票の症例番号を転記して下さい): \_\_\_\_\_

問1 フィブリノゲン製剤(フィブリン糊としての使用も含む)使用歴

- a 本院において投与した事実が診療録等の諸記録によって明らかである
- b 本院において投与してはいないが、他院における投与した事実が本院において診療録等の諸記録によって明らかになった
- c 御本人又は御遺族の申し出により、他院において投与された可能性があり、当該医療機関に照会したところ、投与した事実が診療録等の諸記録によって明らかになった  
(投与した医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在都道府県名 \_\_\_\_\_)
- d 御本人又は御遺族の申し出により、本院において投与された可能性があるが、投与した事実は明らかでない
- e 御本人又は御遺族の申し出により、他院において投与された可能性があるが、投与した事実は明らかでない  
(投与の可能性のある医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在都道府県名 \_\_\_\_\_)
- f  御本人又は御遺族等の記憶による

問2 フィブリノゲン製剤投与期間(又は投与された可能性がある時期)

19\_\_年\_\_月頃から ~ 19\_\_年\_\_月 頃まで

問3 調査対象製剤を投与した原疾患（又は投与した可能性がある場合の原疾患）

(1) フィブリノゲン製剤を静注で使用した場合

- 胎盤早期剥離、臍壁裂傷等の分娩時、分娩後の出血
- 汎発性血管内凝固(D I C)
- 低フィブリノゲン血症
- 先天性低フィブリノゲン血症
- 肝硬変、劇症肝炎、食道静脈瘤の破裂
- 出血性胃潰瘍等、消化管出血
- 上記以外の消化器系疾患で大量の吐下血を伴うもの
- 白血病及び白血病治療薬による低フィブリノゲン血症
- その他大量に出血するような手術
- その他（具体的に )

(2) フィブリン糊として使用した場合

- 肝臓癌等の肝切除面の止血
- 大動脈瘤
- 胃癌、胃潰瘍等の手術等
- 肺癌・肺嚢胞の肺切除面の止血と空気漏れ防止
- 気胸に対する胸膜接着
- 腸管吻合
- 胆石除去（結石をフィブリン塊に包埋して取り除く方法）
- 腹部又は胸部大動脈瘤の手術時
- 脳出血等の脳血管障害の手術時
- 骨折等
- 腎結石等の尿路結石除去（結石をフィブリン塊に包埋して取り除く方法）
- その他（具体的に )

問4 既往症・合併症

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_

問5 肝障害発現日 19\_\_年\_\_月\_\_日 頃

本院又は他院の診療録等で確認できた  御遺族等の記憶による

- ・ 具体的な症状及び検査の結果等
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )
- ・ ( )

問6 報告された肝炎(疑)診断名 ( ) ( )

問7 肝障害と関係があると思われる検査結果

	検査項目 ( )	検査項目 ( )	検査項目 ( )	検査項目 ( )
フィブリノゲン製剤投与前値 (19__年__月__日)	_____	_____	_____	_____
フィブリノゲン製剤投与後の推移				
(19__年__月__日)	_____	_____	_____	_____
(19__年__月__日)	_____	_____	_____	_____
(19__年__月__日)	_____	_____	_____	_____
(19__年__月__日)	_____	_____	_____	_____

問8 肝炎ウイルス診断日 \_\_\_\_年\_\_月 頃

・ 具体的な検査項目及びその結果

本院又は他院の診療録等で確認できた  御遺族等の記憶による

(1) HBV (検査実施の場合には記載して下さい)

・ HBs抗原 (+ -)

(2) HCV (検査実施の場合には記載して下さい)

・ HCV抗体検査 (高 中 低 -) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ HCVコア抗原検査 (+ -) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ HCV核酸増幅検査 ( ) 実施(採血)年月日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

(判定結果)

当時、C型肝炎ウイルスに感染していた可能性が極めて高い

当時、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い

問9 併用薬

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

問10 輸血の併用

有

無

問1 1 フィブリノゲン製剤使用以前あるいは投与時の肝障害の既往

(1) 肝障害の既往の有無 有 無

(2) 有の場合

本院又は他院の診療録等で確認できた

御遺族等の記憶による

・疾患名

A型肝炎

B型肝炎

非A非B型肝炎 (血清肝炎)

薬剤性肝障害

肝硬変

肝がん

その他 ( )

不明

・時期 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃

問1 2 副作用発症までの経緯

問1 3 主治医のコメント等 (製薬企業が作成した附票 (フィブリノゲン製剤投与時の医療データ) と異なる場合には、その理由等についても記載して下さい。)

御協力ありがとうございました。

# 御遺族による御記入のお願い

本票は、フィブリノゲン製剤投与後に肝炎等の症状を発症した418例の方から、御本人のかつての状態等について御遺族が把握されている内容に基づき、御記入いただくものです。

調査票1と調査票2の記入を医療機関に御依頼される際には、本票に必要事項を御記入の上、医療機関に御持参いただき、医療機関での調査票の記入の参考としていただきます。

医療機関において、調査票1を御記入いただいた後には、本票も併せて御返送下さい。

本調査が、今後のフィブリノゲン製剤による肝炎感染対策に資する重要なものであることを御理解いただき、御協力を賜りますよう、よろしくお願ひいたします。

※ 本票は、御遺族が御記入下さい。もし、治療以外にも健康診断などの肝機能検査結果などの記録があれば、できるだけその写しを貼付して下さい。

記入した御遺族のお名前 \_\_\_\_\_

御本人との関係 \_\_\_\_\_

御本人の

性別 男 女 生年月日 (西暦) 19\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※ 以下の事項について、お答え下さい。

については、当てはまる項目を“×”として下さい。

■ 御本人がフィブリノゲン製剤の投与を知った時期について

問1 フィブリノゲン製剤投与の事実を知った時期は？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃

問2 フィブリノゲン製剤の投与の事実をどのようにして知りましたか？

a 今回(2007年)のフィブリノゲン製剤投与のお知らせで知った

b フィブリノゲン製剤投与については既に知っていた

1) 治療を受けた際に医療機関より説明された

2) 以前のC型肝炎検診受診の呼びかけ(2004年)の際に知った

3) その他( \_\_\_\_\_ )

次のページに続く

問3 C型肝炎の治療・検査を行った医療機関

- (1) 初めてC型肝炎の治療・検査を行った医療機関名・住所

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

- (2) 最後にC型肝炎の治療・検査を行った医療機関名・住所

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

- (3) 2002年当時、C型肝炎の治療・検査を行った医療機関名・住所

※ 2002年頃、C型肝炎と診断されていない場合は、他の病気で通院検査などを受け、当時の健康状態の分かる医療機関を御記入下さい。

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

- (4) その他、C型肝炎の治療・検査を行った医療機関があれば、分かる範囲で御記入下さい

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

受診日\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日頃

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

次のページに続く



問4 調査票1と調査票2の記入を依頼した医療機関

転居などの理由で医療機関に御訪問できない場合は、郵送などで御依頼いただきますが、送付用封筒をお送りしますので、その際は、厚生労働省医薬食品局症例実態調査担当まで至急お知らせ下さい。

・調査票1 (御本人がお亡くなりになった医療機関)

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

調査の依頼方法(医療機関に行ける場合はできるだけ訪問して、記入を御依頼下さい。)

1) 医療機関を訪問して記入を依頼 2) 医療機関に郵送して記入を依頼

3) その他( )

・調査票2 (2002年頃通院・検査を受けたことのある医療機関)

※ 調査票1と同じ医療機関のときには“同上”と御記入下さい。

医療機関名 ( )

医療機関の住所 ( )

調査の依頼方法(医療機関に行ける場合はできるだけ訪問して、記入を御依頼下さい。)

1) 医療機関を訪問して記入を依頼 2) 医療機関に郵送して記入を依頼

3) その他( )

■ お亡くなりになった原因について

問5 お亡くなりになった原因は、C型肝炎と関係がある病気でしたか？

C型肝炎とは関係のない原因で死亡

C型肝炎と関係がある病気死亡

(具体的な病名)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. その他( )

次のページに続く

※ 上記以外で、フィブリノゲン製剤投与後の肝炎等の症状の発症に関し、御回答いただけることがございましたら、以下に御記入下さい。

御協力ありがとうございました。

症例一覧表(報告日付)

症例番号	製剤の種類	初回投与	最終投与	症状発現日	検査で肝炎が 判明した日	情報入手日	輸血	肝炎(疑)・関連症状	ロット番号	文書による報告日		検討 文書
										S62年指示	薬事法	
00001B	非加熱特定不能	19650104	19650105			20010402	有	HCV感染			20010528	
00002B*	UV+BPL	196703	継続(2001.5時)	昭和50年代	20010510	20010327	有	C型肝炎			20010604	
00003B*	特定不能	1972	継続(2001.4時)		19951127	20010328	無	C型肝炎、HBs抗体陽性			20010621	
00004A*	非加熱特定不能	1974	不明	1986		19980325	無	C型肝炎			19980406	○
00005A*	非加熱特定不能	1975	不明	1986		19980325	有	C型肝炎			19980406	○
00006A	UV+BPL	197511		197609		19770629	有	血清肝炎				
00007A*	非加熱特定不能	1976	19970728	19870228	19930902	19870430	有	非A非B型肝炎、HCV抗体陽性			19970811	○
00008B*	非加熱特定不能	1976	継続(2001.4時)	19861203	19990225	20010328	無	C型肝炎、HBs抗体陽性			20010621	
00009A	UV+BPL	19760916		19770117	19770117	19770207	無	血清肝炎、HBs抗原陽性				
00010B*	特定不能	197612	1995		199505	20010410	無	HCV感染			20010604	
00011A	UV+BPL	1977		1977又は 1978		19780210	有	GOT上昇、GPT上昇				
00012A	UV+BPL	19770313	19770313	19770808		19771204	無	血清肝炎				
00013A*	UV+BPL	1978	継続	19830704		19890320	有	倦怠感、GOT上昇、GPT上 昇、発疹、C型肝炎				
00014B*	非加熱特定不能	19780112	継続(2001.5時)	B型肝炎: 19860424	C型肝炎抗体 陽性:	20010404	不明	B型肝炎、C型肝炎抗体陽性			20010525	
00015B	UV+BPL	19791210	不明	19800205		20010608	有	肝障害			20020115	
00016A	UV+BPL	19800828	19800829	19801031		1980	有	血清肝炎				
00017B	UV+BPL	19801016	不明	19801104		20010608	有	肝障害			20011213	
00018B	UV+BPL	19801119	不明	19801215		20010608	有	肝障害			20011213	
00019B	UV+BPL	19801215	不明	19801217		20010608	有	血清肝炎			20011213	
00020B*	特定不能	19810323	19910511		19900807	20010405	有	C型肝炎			20010522	
00021A	UV+BPL	19810409	19810409	19810609		19811125	有	GOT上昇、GPT上昇				
00022B	UV+BPL	19810716	不明	19810817		20010608	有	肝障害			20020115	
00023B	UV+BPL	19810929	19810929	19811019		20010608	有	肝障害			20011213	
00024B*	特定不能	1982	1992		19900423	20010322	無	C型慢性肝炎			20010531	
00025B	UV+BPL	19820308	19820311	19820329		20010608	有	肝障害			20011213	
00026B	UV+BPL	19820309	19820309	感冒様症 状: 19820416、 黄疸:		20010516	有	感冒様症状、黄疸、非A非B 型肝炎			20010611	
00027B	UV+BPL	19820419	19820419	19820517		20010608	有	肝障害			20011213	
00028B	UV+BPL	19820426	19820426	19820510		20010608	有	肝障害			20011213	
00029A	UV+BPL	1983		19831005		198311	無	非A非B型肝炎				
00030B*	UV+BPL	1983	継続(2001.3時)	1984	B型肝炎: 19840315、C 型肝炎: 19910210	20010322	無	B型肝炎、C型肝炎			20010424	
00031B	UV+BPL	19830127	不明	19830201		20010608	有	肝障害			20011213	
00032B*	特定不能	19830623	継続(2001.6時)		199307	20010427	有	C型肝炎			20010628	
00033B	UV+BPL	19830806	19830806		19960516	20010418	有	C型肝炎キャリアー			20010703	
00034B	UV+BPL	19831214	19831215	19831220		20010608	有	肝障害			20011213	

A:363例、B:肝炎アンケート及び自発報告52例、C:その他3例、\*:先天性無(低)フィブリノゲン患者