

# JETALS 被験者紹介用シート

平成 年 月 日

紹介先医療機関名.....

.....科.....先生御侍史

紹介元医療機関名.....

所在地.....〒.....

電話番号.....FAX 番号.....

医師氏名.....

JETALS 治験被験者候補として下記患者をご紹介します。宜しくお取り計らいの程お願い致します。

患者氏名	殿	性別	男・女		
患者住所		電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( ) 歳	職業
<b>【発症時期】</b> 平成 年 月 日 (紹介時点で発症から か月)					
※本治験では治験登録時 (観察期開始時) において <b>発症後1年未満</b> である患者が対象となります。					
※発症日の定義は、患者が初めて症状を自覚した日です。以下の例を参考にして下さい。					
1) 日付単位で発症日を特定できない :					
2017年3月頃に症状を自覚 ⇒ 2018年2月末日 (翌年の発症前月末日) が登録期限。					
2) 日付単位で発症日を特定できる :					
2017年3月23日にゴルフをした際に筋力低下を自覚 ⇒ 2018年3月22日 (翌年の発症前日) が登録期限。					
<b>【現病歴】</b>					

# JETALS 被験者紹介用シート

## 【関連項目】

- ・ ALS の家族歴：  無  有
- ・ 経鼻胃管・胃瘻・腸瘻：  無  有
- ・ 気管切開・非侵襲的呼吸補助装置：  無  有
- ・ 重症度：
  - 1 度 家事・就労はおおむね可能。
  - 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。
  - 3 度 自力で食事、排泄、移動のいずれか 1 つ以上ができず、日常生活に介助を要する。
  - 4 度 呼吸困難、痰の喀出困難、あるいは嚥下障害がある。
  - 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。

## 【ALS 診断基準】 ※不明の場合は記載不要です。

Updated Awaji 基準：

definite  probable  probable-laboratory supported  possible

El Escorial 改訂 Airlie House 診断基準：

definite  probable  probable-laboratory supported  possible

## 【臨床検査】

- ・ 神経伝導検査：  施行済み（平成 年 月 日、 添付あり、 添付なし）  未施行
- ・ 筋電図検査：  施行済み（平成 年 月 日、 添付あり、 添付なし）  未施行
- ・ その他検査：
  - 血液検査（平成 年 月 日、 添付あり、 添付なし）
  - 髄液検査（平成 年 月 日、 添付あり、 添付なし）
  - MR I 検査（部位： ）  
（平成 年 月 日、 添付あり、 添付なし）

## 【合併症/既往歴】 無 有 → 以下に記載

## 【現在の処方】

- ・ リルテック  無  有
- ・ ラジカット  無  有（直近の投与日：平成 年 月 日）
- ・ その他：

## 【備考】