

医療機関	
被験者識別コード	

同意取得

同意取得者1	同意取得年月日	年 月 日
	代諾者(保護者)の続柄	
同意取得者2	同意取得年月日	年 月 日
	代諾者(保護者)の続柄	

再同意取得

再同意1	再同意取得	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)	
	同意取得者1	同意取得年月日	年 月 日
		代諾者(保護者)の続柄	
	同意取得者2	同意取得年月日	年 月 日
		代諾者(保護者)の続柄	
再同意取得理由			
再同意2	再同意取得	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)	
	同意取得者1	同意取得年月日	年 月 日
		代諾者(保護者)の続柄	
	同意取得者2	同意取得年月日	年 月 日
		代諾者(保護者)の続柄	
再同意取得理由			

医療機関	
被験者識別コード	

適格性確認

登録日(確認日)	年 月 日
----------	-------

	基準	判定	
		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
選択基準	1. 入院患者で、呼吸管理・全身麻酔のもとに手術もしくは処置を受ける症例のうち、麻薬系鎮痛・鎮静薬の補助的投与が必要となる患者。	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	2. 6歳以下(7歳未満)の症例(同意取得時)。	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	3. 同意：保護者から文書による承諾(インフォームドコンセント)が得られた児。	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
除外基準	1. 外来麻酔の患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	2. 硬膜外麻酔を行う患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	3. 術前から挿管されている患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	4. 術前からモルヒネ、クエン酸フェンタニルなどの麻薬の投与を受けている患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	5. 先天性心疾患、横隔膜ヘルニアなどで、循環動態が不安定な患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	6. 長期(24時間以上)の呼吸管理が必要、又は術後に麻薬系鎮痛薬や鎮静薬の投与が必要と予測される患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	7. 臨床検査、他覚所見などから、手術の対象となる疾患(例:虫垂炎)以外の合併感染症が疑われる患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	8. 高度な肝機能障害、又は腎機能障害のある患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	9. 本剤の成分、又は他の医薬品に対して過敏反応の既往がある患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	10. リトナビル投与を受けている、あるいは受けていた患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	11. 6ヶ月以内に他の治験薬、未承認のワクチン及び未承認の医療機器を使用した、あるいは治験期間中に使用予定である患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	12. 本治験に参加したことのある患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	13. 心理的、家庭的、社会的要因などにより治験責任医師又は治験分担医師が治験への参加が不適切であると判断した患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
	14. その他、治験責任医師又は治験分担医師が本治験への参加が不適切であると判断した患者。	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

医療機関	
被験者識別コード	

患者背景

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明 ()	
生年月日	年 月 日	
年齢 (投与日)	歳 ヶ月 日	
身長 (手術前7日以内)	cm (測定日: 年 月 日)	
体重*1	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> g (測定日: 年 月 日)	
生後180日までの場合は下欄に記載		
在胎週数*2	週 日	
決定方法	<input type="checkbox"/> 妊娠第8~11週前後の超音波による胎児頭臀長(CRL)に基づく在胎期間 <input type="checkbox"/> 最終月経第1日から起算した在胎期間 <input type="checkbox"/> Ballardの評価法による在胎期間	
受胎後週数*2	週 日	
出生時の アプガースコア*2	(5分値) 点	
妊娠末期の 母体の状況*2	合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に疾患名を記載)
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
	10	
	薬剤投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に薬剤名を記載)
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
9		
10		

*1: 受胎後週数45週未満の場合は手術前2日以内のデータ、受胎後週数45週以上の場合は手術前7日以内のデータを用いる。
 *2: 生後180日までの被験者の場合、在胎週数、受胎後週数、出生時のアプガースコア及び妊娠末期の母体の状況を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

診断・手術

手術の理由となる 原疾患・診断名			
手術・手技名			
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)		
	疾患名		発症時期
	1		年 月 日
	2		年 月 日
	3		年 月 日
	4		年 月 日
	5		年 月 日
	6		年 月 日
	7		年 月 日
	8		年 月 日
	9		年 月 日
10		年 月 日	
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄に記載)		
	疾患名	発症(開始)時期	治癒(終了)時期
	1	年 月 日	年 月 日
	2	年 月 日	年 月 日
	3	年 月 日	年 月 日
	4	年 月 日	年 月 日
	5	年 月 日	年 月 日
	6	年 月 日	年 月 日
	7	年 月 日	年 月 日
	8	年 月 日	年 月 日
	9	年 月 日	年 月 日
10	年 月 日	年 月 日	

医療機関	
被験者識別コード	

治験タイムスケジュール

術後すぐに抜管が可能であった被験者 (該当する場合、下欄に記載)

時期	年月日	時刻	経過時間			
入院日	年 月 日					
手術日	麻酔導入時	年 月 日	時 分			
			挿管時	時 分		
			最初の外科・処置 侵襲時	時 分		
			手術終了時	時 分		
			抜管時	時 分	最終クエン酸フェンタニル投 与からの時間	時間
手術終了後からの時間	時間	分				
フォローアップ	年 月 日					

術後すぐに抜管が困難だった被験者 (該当する場合、下欄に記載)

時期	年月日	時刻	経過時間			
入院日	年 月 日					
手術日	麻酔導入時	年 月 日	時 分			
			挿管時	時 分		
			最初の外科・処置 侵襲時	時 分		
			手術終了時	時 分		
			手術室出室時	時 分	最終クエン酸フェンタニル投 与からの時間	時間
手術終了後からの時間	時間	分				
抜管時	年 月 日	時 分				
フォローアップ	年 月 日					

術後すぐに抜管できなかった理由

術後すぐに抜管が困難だった被験者 (該当する場合、下欄に記載)

理由	コメント
<input type="checkbox"/> 被験者の呼吸中枢の未熟性 <input type="checkbox"/> クエン酸フェンタニルの影響 <input type="checkbox"/> その他の薬剤の影響(コメントを記載) <input type="checkbox"/> 被験者の病態の影響(コメントを記載) <input type="checkbox"/> その他(コメント記載)	

医療機関	
被験者識別コード	

薬物治療以外の併用療法 (現在受けている療法)

併用療法		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下記に記載)		
No.	治療名	治療期間		コメント
		開始時期	終了時期*	
1		年 月 日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
2		年 月 日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
3		年 月 日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
4		年 月 日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
5		年 月 日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	
6		年 月 日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 年 月 日	

*: 終了時期は当該被験者の治験終了時までの内容を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

手術3日前から術直前までに使用した薬剤

手術3日前から術直前までに使用した薬剤 (外用剤、血液製剤、輸血、輸液、市販薬、栄養剤、ビタミン剤を除く)				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下欄記載)		
No.	薬剤名	用法	用量	投与期間*1		術中投与の有無*2
				開始時期	終了時期	
1				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8				年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*1: 単回投与の場合は開始時期のみを記載し、頻回投与の場合は開始時期及び終了時期を記載する。
 また、術日については時分を記載し、それ以前は分かる範囲で時分を記載する(例: 午前、午後等)。

*2: 術中の投与がある場合は「術中に使用した薬剤」に詳細を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

手術3日前から術直前までに使用した血液製剤・輸血

手術3日前から術直前までに使用した血液製剤・輸血			投与期間*1		術中投与の有無*2
No.	薬剤名	用量(総量)	開始時期	終了時期	
1			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
9			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
10			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
12			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
13			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
14			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
15			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*1: 単回投与の場合は開始時期のみを記載し、持続投与の場合は開始時期及び終了時期を記載する。
 また、術日については時分を記載し、それ以前は分かる範囲で時分を記載する(例: 午前、午後等)。
 *2: 術中の投与がある場合は「術中に使用した血液製剤・輸血」に詳細を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

手術3日前から術直前までに使用した輸液

手術3日前から術直前までに使用した輸液			□ 無 □ 有 (下欄記載)		
No.	薬剤名	用量(総量)	投与期間*1		術中投与の有無*2
			開始時期	終了時期	
1			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
2			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
3			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
4			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
5			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
6			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
7			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
8			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
9			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
10			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
11			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
12			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
13			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
14			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有
15			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	□ 無 □ 有

*1: 術日については時分を記載し、それ以前は分かる範囲で時分を記載する(例: 午前、午後等)。

*2: 術中の投与がある場合は「術中に使用した輸液」に詳細を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

麻酔に使用した薬剤(吸入麻酔薬)

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名(一般名)/用量				投与期間	
	(セボフルラン)	(亜酸化窒素)	空気	(酸素)	開始時期	終了時期
1					時 分	時 分
2					時 分	時 分
3					時 分	時 分
4					時 分	時 分
5					時 分	時 分
6					時 分	時 分
7					時 分	時 分
8					時 分	時 分
9					時 分	時 分
10					時 分	時 分
11					時 分	時 分
12					時 分	時 分
13					時 分	時 分
14					時 分	時 分
15					時 分	時 分
16					時 分	時 分
17					時 分	時 分
18					時 分	時 分
19					時 分	時 分
20					時 分	時 分

医療機関	
被験者識別コード	

麻酔に使用した薬剤(静脈麻酔薬: プロポフォール)

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	目的	用量	投与期間*	
				開始時期	終了時期
1		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
2		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
3		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
4		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
5		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
6		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
7		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
8		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
9		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
10		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
11		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
12		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
13		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
14		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
15		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
16		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
17		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
18		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
19		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分
20		<input type="checkbox"/> 導入 <input type="checkbox"/> 維持		時 分	時 分

*: 導入の場合は開始時期のみ記載し、維持の場合は開始時期及び終了時期を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

麻酔に使用した薬剤(静脈麻酔薬: チアミラールナトリウム)

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	用量	投与時刻
1			時 分
2			時 分
3			時 分
4			時 分
5			時 分
6			時 分
7			時 分
8			時 分
9			時 分
10			時 分
11			時 分
12			時 分
13			時 分
14			時 分
15			時 分
16			時 分
17			時 分
18			時 分
19			時 分
20			時 分

医療機関	
被験者識別コード	

麻酔に使用した薬剤(筋弛緩薬)

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	用量	投与時刻
1			時 分
2			時 分
3			時 分
4			時 分
5			時 分
6			時 分
7			時 分
8			時 分
9			時 分
10			時 分
11			時 分
12			時 分
13			時 分
14			時 分
15			時 分
16			時 分
17			時 分
18			時 分
19			時 分
20			時 分

医療機関	
被験者識別コード	

麻酔に使用した薬剤(局所麻酔薬)

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	用量	投与部位	投与時刻	使用目的
1				時 分	
2				時 分	
3				時 分	
4				時 分	
5				時 分	
6				時 分	
7				時 分	
8				時 分	
9				時 分	
10				時 分	
11				時 分	
12				時 分	
13				時 分	
14				時 分	
15				時 分	
16				時 分	
17				時 分	
18				時 分	
19				時 分	
20				時 分	

医療機関	
被験者識別コード	

術中に使用した薬剤

(麻酔薬、外用剤、血液製剤、輸血、輸液を除く)

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	用法	用量	投与期間*1		術後投与の有無*2
				開始時期	終了時期	
1				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8				時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*1: 単回投与の場合は開始時期のみを記載し、頻回投与の場合は開始時期及び終了時期を記載する。

*2: 術後の投与がある場合は「術後からフォローアップまでに使用した薬剤」に詳細を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

術中に使用した血液製剤・輸血

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	用量(総量)	投与期間 ^{*1}		術後投与の有無 ^{*2}
			開始時期	終了時期	
1			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
9			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
10			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
12			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
13			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
14			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
15			時 分	時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*1: 単回投与の場合は開始時期のみを記載し、持続投与の場合は開始時期及び終了時期を記載する。

*2: 術後の投与がある場合は「術後からフォローアップまでに使用した血液製剤・輸血」に詳細を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

術中に使用した輸液

投与日	年 月 日
-----	-------

No.	薬剤名	用量(総量)	投与期間	
			開始時期	終了時期
1			時 分	時 分
2			時 分	時 分
3			時 分	時 分
4			時 分	時 分
5			時 分	時 分
6			時 分	時 分
7			時 分	時 分
8			時 分	時 分
9			時 分	時 分
10			時 分	時 分
11			時 分	時 分
12			時 分	時 分
13			時 分	時 分
14			時 分	時 分
15			時 分	時 分

医療機関	
被験者識別コード	

術後からフォローアップまでに使用した薬剤

術後からフォローアップまでに使用した薬剤 (外用剤、血液製剤、輸血、輸液、市販薬、栄養剤、ビタミン剤を除く)				投与期間*			治験終了時の継続投与								
No.	薬剤名	用法	用量	開始時期		終了時期									
1				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8				年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*: 単回投与の場合は開始時期のみを記載し、頻回投与の場合は開始時期及び終了時期を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

術後からフォローアップまでに使用した血液製剤・輸血

術後からフォローアップまでに使用した血液製剤・輸血		□ 無 □ 有 (下欄記載)			
No.	薬剤名	用量(総量)	投与期間*		治験終了時の継続投与
			開始時期	終了時期	
1			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
9			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
10			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
12			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
13			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
14			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
15			年 月 日 時 分	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*: 単回投与の場合は開始時期のみを記載し、持続投与の場合は開始時期及び終了時期を記載する。

医療機関	
被験者識別コード	

術後からフォローアップまでに使用した輸液

術後からフォローアップまでに使用した輸液				□ 無 □ 有 (下欄記載)									
No.	薬剤名	用量(総量)	投与期間			治験終了時の継続投与							
			開始時期		終了時期								
			年	月	日	年	月	日	時	分	時	分	
1													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
9													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
10													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
12													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
13													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
14													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
15													<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有