

尿所見

項目	単位	試験治療開始後 21 ヶ月時	試験治療開始後 24 ヶ月時
		20 年 月 日	20 年 月 日
尿蛋白定量	mg/dL		
尿中クレアチニン定量	mg/dL		
尿 β_2 ミクログロブリン定量	μ g/L		
尿 α_1 ミクログロブリン定量	mg/L		
尿蛋白定性		<input type="checkbox"/> ¹ . - <input type="checkbox"/> ² . \pm <input type="checkbox"/> ³ . 1+ <input type="checkbox"/> ⁴ . 2+ <input type="checkbox"/> ⁵ . 3+	<input type="checkbox"/> ¹ . - <input type="checkbox"/> ² . \pm <input type="checkbox"/> ³ . 1+ <input type="checkbox"/> ⁴ . 2+ <input type="checkbox"/> ⁵ . 3+

尿 α_1 ミクログロブリン定量は尿 β_2 ミクログロブリン定量が測定できない施設のみ記入する。

血液生化学検査所見

項目	単位	試験治療開始後 21 ヶ月時	試験治療開始後 24 ヶ月時
		20 年 月 日	20 年 月 日
血清総蛋白	g/dL		
血清アルブミン	g/dL		
BUN	mg/dL		
血清クレアチニン	mg/dL		
CYA 投与 2 時間後 血中濃度値	ng/mL		
推定糸球体ろ過率	mL/分 /1.73m ²		

推定糸球体ろ過率の計算は(付録 2)を参照する。

腎生検所見 (試験治療開始後 23-27 ヶ月時)

実施日	20 年 月 日
光学顕微鏡所見	<input type="checkbox"/> ¹ . 微小糸球体変化 <input type="checkbox"/> ² . メサングウム増殖 <input type="checkbox"/> ³ . 巣状分節性糸球体硬化

骨密度 (試験治療開始後 24 ヶ月時)

⁰. 実施なし ¹. 実施あり (以下記入して下さい)

実施日	20 年 月 日
腰椎 (L2-L4) 測定値	g/cm ²

白質脳症	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり	白内障	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり
緑内障	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり	気管支喘息	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり
血栓症	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり	その他()	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり
その他()	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり	その他()	<input type="checkbox"/> ⁰ . なし <input type="checkbox"/> ¹ . あり

「有害事象あり」の場合、以下記入して下さい

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

重症度は CTCAE v3.0 日本語訳 JCOG/JSCO 版(別添文書)を参照する。

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

有害事象名	
発現日	20 年 月 日
重症度(最悪時)	<input type="checkbox"/> ¹ . Grade 1 <input type="checkbox"/> ² . Grade 2 <input type="checkbox"/> ³ . Grade 3 <input type="checkbox"/> ⁴ . Grade 4 <input type="checkbox"/> ⁵ . Grade 5
試験薬との因果関係	<input type="checkbox"/> ⁰ . 関係なし <input type="checkbox"/> ¹ . 関係が疑われる <input type="checkbox"/> ² . 関係あり
転帰日	20 年 月 日
転帰	<input type="checkbox"/> ⁰ . 消失 <input type="checkbox"/> ¹ . 軽快 <input type="checkbox"/> ² . 不変 <input type="checkbox"/> ³ . 悪化 <input type="checkbox"/> ⁴ . 死亡

重症度はCTCAE v3.0日本語訳 JCOG/JSCO版(別添文書)を参照する。

試験治療開始後13-18ヵ月時の有害事象で転帰を不変または悪化とした場合、引き続き今回記入して下さい。

日本臨床研究支援ユニットデータセンター FAX: 03-5298-8535

(受付時間: 9:00~17:00、土曜、日曜、休日、年末年始12/29~1/3を除く) TEL: 03-5298-8551

厚生労働科学研究費補助金「小児疾患臨床研究事業」(H15-小児-002)
 「小児難治性腎疾患に対する薬物療法ガイドライン作成のための多施設共同研究と臨床試験体制整備」
 ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象としたシクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
 コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン+プレドニゾン併用療法の
 多施設共同非盲検ランダム化比較試験

JSKDC02 C2 測定記録報告書

試験治療開始時から治療開始後6ヵ月時

試験治療開始後6ヵ月時以下を記入して本紙をすみやかにデータセンターにFAX送信して下さい。
 本紙はカルテに保管して下さい。

施設・診療科名		科
登録番号		
研究責任医師確認日	20 年 月 日	
研究責任医師名		印
症例報告書作成者		印
メールアドレス		

症例報告書作成者(研究責任医師又は分担医師)は確認欄に記名捺印または署名して下さい。
 研究責任医師は記入内容を点検し、問題がないことを確認した上で記名捺印または署名して下さい。
 訂正は、訂正前の記入事項が分かるように二重線を引き、訂正箇所に訂正日および署名または捺印をして下さい。重要事項を訂正する場合には、その理由を訂正箇所の近くに記入して下さい。

試験治療開始後2週時	日付	20 年 月 日
項目	時間	
シクロスポリン(CYA)内服時間	時	分
朝食摂取終了時間	時	分
CYA投与後2時間値採血時間	時	分

試験治療開始後1ヵ月時	日付	20 年 月 日
項目	時間	
シクロスポリン(CYA)内服時間	時	分
朝食摂取終了時間	時	分
CYA投与後2時間値採血時間	時	分

試験治療開始後2ヵ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA投与後2時間値採血時間		時		分	

試験治療開始後3ヵ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA投与後2時間値採血時間		時		分	

試験治療開始後4ヵ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA投与後2時間値採血時間		時		分	

試験治療開始後5ヵ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA投与後2時間値採血時間		時		分	

試験治療開始後6ヵ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA投与後2時間値採血時間		時		分	

日本臨床研究支援ユニットデータセンター FAX: 03-5298-8535

(受付時間: 9:00~17:00、土曜、日曜、休日、年末年始12/29~1/3を除く) TEL: 03-5298-8551

厚生労働科学研究費補助金「小児疾患臨床研究事業」(H15-小児-002)
 「小児難治性腎疾患に対する薬物療法ガイドライン作成のための多施設共同研究と臨床試験体制整備」
 ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象としたシクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
 コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン+プレドニゾン併用療法の
 多施設共同非盲検ランダム化比較試験

JSKDC02 C2 測定記録報告書

試験治療開始後 7-12 ヶ月時

試験治療開始後 12 ヶ月時以下を記入して本紙をすみやかにデータセンターに FAX 送信して下さい。
 本紙はカルテに保管して下さい。

施設・診療科名		科
登録番号		
研究責任医師確認日	20	年 月 日
研究責任医師名		印
症例報告書作成者		印
メールアドレス		

症例報告書作成者（研究責任医師又は分担医師）は確認欄に記名捺印または署名して下さい。
 研究責任医師は記入内容を点検し、問題がないことを確認した上で記名捺印または署名して下さい。
 訂正は、訂正前の記入事項が分かるように二重線を引き、訂正箇所に訂正日および署名または捺印をして下さい。重要事項を訂正する場合には、その理由を訂正箇所の近くに記入して下さい。

試験治療開始後 9 ヶ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン (CYA) 内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA 投与後 2 時間値採血時間		時		分	

試験治療開始後 12 ヶ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン (CYA) 内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA 投与後 2 時間値採血時間		時		分	

日本臨床研究支援ユニットデータセンター FAX : 03-5298-8535

(受付時間 : 9 : 00~17 : 00、土曜、日曜、休日、年末年始12/29~1/3を除く) TEL : 03-5298-8551

厚生労働科学研究費補助金「小児疾患臨床研究事業」(H15-小児-002)
 「小児難治性腎疾患に対する薬物療法ガイドライン作成のための多施設共同研究と臨床試験体制整備」
 ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象としたシクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
 コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン+プレドニゾン併用療法の
 多施設共同非盲検ランダム化比較試験

JSKDC03 C2 測定記録報告書

試験治療開始後 13-18 ヶ月時

試験治療開始後 18 ヶ月時以下を記入して本紙をすみやかにデータセンターに FAX 送信して下さい。
 本紙はカルテに保管して下さい。

施設・診療科名		科
登録番号		
研究責任医師確認日	20	年 月 日
研究責任医師名		印
症例報告書作成者		印
メールアドレス		

症例報告書作成者（研究責任医師又は分担医師）は確認欄に記名捺印または署名して下さい。
 研究責任医師は記入内容を点検し、問題がないことを確認した上で記名捺印または署名して下さい。
 訂正は、訂正前の記入事項が分かるように二重線を引き、訂正箇所を訂正日および署名または捺印をして下さい。重要事項を訂正する場合には、その理由を訂正箇所の近くに記入して下さい。

試験治療開始後 15 ヶ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA 投与後 2 時間値採血時間		時		分	

試験治療開始後 18 ヶ月時	日付	20	年	月	日
項目	時間				
シクロスポリン(CYA)内服時間		時		分	
朝食摂取終了時間		時		分	
CYA 投与後 2 時間値採血時間		時		分	

日本臨床研究支援ユニットデータセンター FAX: 03-5298-8535

(受付時間: 9:00~17:00、土曜、日曜、休日、年末年始12/29~1/3を除く) TEL: 03-5298-8551

厚生労働科学研究費補助金「小児疾患臨床研究事業」(H15-小児-002)

「小児難治性腎疾患に対する薬物療法ガイドライン作成のための多施設共同研究と臨床試験体制整備」
ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象としたシクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン+プレドニゾン併用療法の
多施設共同非盲検ランダム化比較試験

JSKDC02 C2 測定記録報告書

試験治療開始後 19-24 ヶ月時

試験治療開始後 24 ヶ月時以下を記入して本紙をすみやかにデータセンターに FAX 送信して下さい。
本紙はカルテに保管して下さい。

施設・診療科名		科
登録番号		
研究責任医師確認日	20 年 月 日	
研究責任医師名		印
症例報告書作成者		印
メールアドレス		

症例報告書作成者（研究責任医師又は分担医師）は確認欄に記名捺印または署名して下さい。
研究責任医師は記入内容を点検し、問題がないことを確認した上で記名捺印または署名して下さい。
訂正は、訂正前の記入事項が分かるように二重線を引き、訂正箇所、訂正日および署名または捺印をして下さい。重要事項を訂正する場合には、その理由を訂正箇所の近くに記入して下さい。

試験治療開始後 21 ヶ月時	日付	20 年 月 日
項目	時間	
シクロスポリン(CYA)内服時間	時	分
朝食摂取終了時間	時	分
CYA 投与後 2 時間値採血時間	時	分

試験治療開始後 24 ヶ月時	日付	20 年 月 日
項目	時間	
シクロスポリン(CYA)内服時間	時	分
朝食摂取終了時間	時	分
CYA 投与後 2 時間値採血時間	時	分

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後 2 週時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用 2 時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____ 控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
_____ ある、ない
(どちらかに○をつけてください)
- あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後 1 カ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用 2 時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？ ある、ない
(どちらかに○をつけてください)
あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後2ヵ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____ 控えている， _____ 控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
_____ ある， _____ ない
(どちらかに○をつけてください)
- あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾロン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾロン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後3ヵ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____ 控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？ _____ ある、ない
(どちらかに○をつけてください)
あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後4ヵ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____ 控えている、_____ 控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？ _____ ある、_____ ない
(どちらかに○をつけてください)
- あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後5ヵ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____年 _____月 _____日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____時 _____分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____時 _____分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____時 _____分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
ある、ない

(どちらかに○をつけてください)

あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後6ヵ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____年____月____日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____時_____分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____時_____分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____時_____分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____控えている、_____控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
_____ある、_____ない
(どちらかに○をつけてください)
- あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾロン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾロン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後9ヵ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____ 控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
_____ ある、ない
(どちらかに○をつけてください)
あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後 12 カ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
ある、ない

(どちらかに○をつけてください)

あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後 15 カ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用2時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
控えている、控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
ある、ない

(どちらかに○をつけてください)

あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上

ステロイド抵抗性小児ネフローゼ症候群を対象とした
シクロスポリン+プレドニゾン併用療法と
コハク酸メチルプレドニゾンナトリウム+シクロスポリン
+プレドニゾン併用療法の多施設共同非盲検ランダム化比較試験

治療開始後 18 カ月時

さんならびにご家族の方へ

検査の当日朝にこの用紙に記録して、診察時に担当医師に提出してください。

- (1) 検査日は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
- (2) 検査“当日朝”のシクロスポリン（商品名：ネオーラル）服用時間は、
_____ 時 _____ 分です。
- (3) 検査“当日”の朝食を食べ終わった時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (4) シクロスポリン服用 2 時間後の採血時間は、 _____ 時 _____ 分です。
- (5) 治療開始後、グレープフルーツジュースの摂取を控えていますか？
_____ 控えている, _____ 控えていない
(どちらかに○をつけてください)
- (6) 担当医師があなた（あなたの子どもさん）に処方した薬以外で服用している薬はありませんか？
_____ ある, _____ ない
(どちらかに○をつけてください)
- あると答えた方は、担当医師にくわしく説明してください。

以上