

治療開始 1 週後の血液サンプル採取

採取年月日：20____年__月__日

- ジーンチップを用いたトランスクリプトーム解析用血液
- 血清保存

治療開始 6 週後 _____ 20 年 月 日

BVAS 次ページに添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー（異常所見のみ記載）

血清 Cr 値 _____ mg/dl C C r _____ ml/min

慢性人工透析：no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液 _____

咽頭 _____

喀痰 _____

尿 _____

便 _____

その他 _____

胸部 C T における感染巣の有無

ファンギテック _____

CMV アンティジェネミア _____

6週間後 BVAS 添付

治療開始3ヶ月後 20 年 月 日

BVAS 次ページに添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー（異常所見のみ記載）

血清Cr値 _____ mg/dl C Cr _____ ml/min

慢性人工透析： no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液 _____
咽頭 _____
喀痰 _____
尿 _____
便 _____
その他 _____

胸部CTにおける感染巣の有無

ファンギテック _____

CMVアンティジェネミア _____

3ヵ月後のBVAS添付

治療開始 6 ヶ月後 20 年 月 日

BVAS, VDI, SF-36v2 : 次ページ以降に添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー (異常所見のみ記載)

血清 Cr 値 _____ mg/dl C C r _____ ml/min

慢性人工透析 : no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液 _____
咽頭 _____
喀痰 _____
尿 _____
便 _____
その他 _____

胸部CTにおける感染巣の有無

ファンギテック _____

CMVアンティジェネミア _____

6ヵ月後の BVAS 添付

6ヵ月後のVDI添付

6ヵ月後のSF-36v2添付

治療開始9ヶ月後 20 年 月 日

BVAS 次ページに添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー（異常所見のみ記載）

血清Cr値 _____ mg/dl C Cr _____ ml/min

慢性人工透析：no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液
咽頭
喀痰
尿
便
その他

胸部CTにおける感染巣の有無

ファンギテック _____

CMVアンティジェネミア _____

9ヵ月後のBVAS添付

治療開始12ヶ月後 20 年 月 日

BVAS, VDI, SF-36v2 : 次ページ以降に添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー (異常所見のみ記載)

血清Cr値 _____ mg/dl C Cr _____ ml/min

慢性人工透析 : no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液
咽頭
喀痰
尿
便
その他

胸部CTにおける感染巣の有無

ファンギテック _____

CMVアンティジェネミア _____

12ヵ月後のBVAS添付

12ヵ月後のVDI添付

1 2 ヶ月後の SF-36v2 添付

治療開始15ヶ月後 20 年 月 日

BVAS 次ページに添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー（異常所見のみ記載）

血清Cr値 _____ mg/dl C Cr _____ ml/min

慢性人工透析： no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液 _____
咽頭 _____
喀痰 _____
尿 _____
便 _____
その他 _____

胸部CTにおける感染巣の有無

ファンギテック _____

CMVアンティジェネミア _____

15ヵ月後のBVAS添付

治療開始 18ヶ月後 20 年 月 日

BVAS, VDI, SF-36v2 : 次ページ以降に添付

寛解状態 yes or no

システムレビュー (異常所見のみ記載)

血清 Cr 値 _____ mg/dl C Cr _____ ml/min

慢性人工透析 : no or yes

MPO-ANCA _____ U/ml (基準値 _____)

感染症マーカー

一般細菌検査 血液
咽頭
喀痰
尿
便
その他

胸部CTにおける感染巣の有無

ファンギテック _____

CMVアンティジェネミア _____

18ヵ月後のBVAS添付

18ヵ月後のVDI添付