

調査票（I）

貴医療機関について、下表に御記入ください。

①	名 称		
②	住 所	〒	
③	電話番号		
④	備 考	（※統合、廃院、名称変更等について御記入ください）	
⑤	連絡窓口	担当者又は 担当部局名	
		電話番号等	
		E-mailアドレス	

調査I—フィブリノゲン製剤用調査票—

平成6年以前に下記のフィブリノゲン製剤を投与（静注、フィブリン糊としての使用）された方（患者）について、以下の回答欄にそれぞれの選択肢に当てはまる患者の人数をお答えください。

今回の調査対象となる製剤とその期間については以下のとおりです。

なお、本調査においては、現時点で判明している情報からご記入いただき、不明の患者については「不明」欄に計上してください。

フィブリノゲン製剤		会社名	調査対象期間
非 加 熱 製 剤	1. フィブリノゲン-BBank	日本ブラッドバンク社	平成6年投与以前
	2. フィブリノゲン-ミドリ	・田辺三菱製薬	
	3. フィブリノゲン-ミドリ	・田辺三菱製薬	
加 熱 製 剤	4. フィブリノゲンHT-ミドリ	・田辺三菱製薬	

問	回答欄
1. 平成6年以前にフィブリノゲン製剤を投与したことが判明した患者数は何人ですか。	() 人

以下については、問1で御回答いただいた、投与が判明した患者のうちから、それぞれ当てはまる患者数をお答えください（現時点で分かる範囲で結構です）。

2. 投与した患者のうち、患者の氏名等が判明している人数をお答えください。	①氏名が判明	() 人	2
	② 不詳	() 人	3
3. 投与経路ごとの人数をお答えください。	①静脈注射	() 人	4
	②フィブリン糊	() 人	5
	③両方	() 人	6
	④不明	() 人	7
4. フィブリノゲンの投与が判明したのはどのような記録によるか、元になった記録ごとの人数をお答えください。（重複回答可）	①診療録（カルテ等）	() 人	8
	②手術記録	() 人	9
	③分娩記録	() 人	10
	④製剤使用簿	() 人	11
	⑤処方箋	() 人	12
	⑥輸液箋・注射指示箋	() 人	13
	⑦レセプトの写し	() 人	14
	⑧その他の書類 (研究論文データ、入院サマリー等)	() 人	15
	⑨不明	() 人	16
5. (1でご回答いただいた患者数のうち) フィブリノゲン投与の有無について患者からの問い合わせがあったのは何人です	①問い合わせあり	() 人	17
	②なし	() 人	18
	③不明	() 人	19

か。			
6. 患者あるいは、家族に対しフィブリノゲン投与についてのお知らせを行いましたか。	①行った		
	・患者本人	() 人	20
	・家族	() 人	21
	②行っていない	() 人	22
	③不明	() 人	23
7. 患者の現在の状況についてお答えください。	①生存	() 人	24
	②死亡	() 人	25
	③不明	() 人	26
7-1. 死亡した患者の原因についてお答えください。	①肝炎関連（肝硬変・肝がんを含む）による	() 人	27
	②肝炎関連以外	() 人	28
	③不明	() 人	29
8. 患者の肝炎ウイルスの感染状況についてお答えください。	①B型肝炎	() 人	30
	②C型肝炎	() 人	31
	③両方	() 人	32
	④いずれでもない	() 人	33
	⑤不明	() 人	34

※ 問2～7（問4と問7-1を除く）については、各選択肢の合計人数が、全て問1の御回答と一致することを御確認ください。

調査I－血液凝固因子製剤用調査票－

血友病等以外の疾患に対して下記の血液凝固因子製剤が投与された方（患者）について、以下の回答欄にそれぞれの選択肢に当てはまる患者の人数をお答えください。

今回の調査対象となる製剤とその期間については以下のとおりです。

なお、本調査においては、現時点で判明している情報からご記入いただき、不明の患者については「不明」欄に計上してください。

	第Ⅷ因子製剤	会社名	調査対象期間
非 加 熱 製 剤	1. コンコエイト	・ミドリ十字	昭和53年8月～昭和63年4月
	2. プロフィレート	・ミドリ十字	昭和53年8月～平成1年3月
	3. コンファクト8	・化血研	昭和54年4月～昭和62年2月
	4. ヘモフィルS	・住友化学 ・日本トラベノール ・トラベノール	昭和53年8月～昭和62年8月
	5. ヘモフィルH	・住友化学 ・日本トラベノール ・トラベノール	昭和55年3月～昭和62年8月
	6. クリオブリン	・日本臓器製薬	昭和54年4月～昭和63年4月
	7. コーエイト	・カッター・ラボラトリー ズ・バシフィック ・カッター・ジャパン	昭和54年4月～昭和62年8月
	8. ハイクリオ	・日本製薬	昭和54年9月～平成1年2月
加 熱 製 剤	9. コンコエイトHT	・ミドリ十字	昭和60年7月～平成2年3月
	10. コンファクトF	・化血研	昭和60年8月～平成4年12月
	11. ヘモフィルS-T	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和60年7月～平成2年7月
	12. ヘモフィルH-T	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和60年7月～平成2年7月
	13. コーエイトHT	・カッター・ジャパン ・バイエル薬品	昭和60年8月～平成2年6月
	14. ハイクリオHT	・日本製薬	昭和62年6月～平成5年7月
	第Ⅸ因子製剤	会社名	調査対象期間

非 加 熱 製 剤	15. クリスマシン	・ミドリ十字	昭和51年12月～昭和63年4月
	16. PPSB-ニチャク	・日本製薬	昭和47年6月～昭和63年12月
	17. コーナイン (ミドリ)	・ミドリ十字	昭和47年4月～昭和54年9月
	18. コーナイン (カッター)	・カッター・ラボラトリー ・パシフィック ・カッター・ジャパン	昭和53年4月～昭和62年11月
	19. プロブレックス	・住友化学工業 ・日本トラベノール ・トラベノール ・バクスター・トラベノール	昭和55年5月～昭和63年12月
	20. ベノビール	・日本臓器製薬	昭和59年8月～昭和63年6月
加 熱 製 剤	21. クリスマシンHT	・ミドリ十字	昭和60年12月～平成6年6月
	22. PPSB-HT 「ニチャク」	・日本製薬	昭和62年2月～平成12年3月
	23. ノバクトF	・化血研	昭和61年2月～平成7年1月
	24. コーナインHT	・カッター・ジャパン ・バイエル薬品	昭和60年12月～平成6年3月
	25. プロブレックス ST	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和61年4月～平成19年3月

	その他製剤	会社名	調査対象期間
非 加 熱 製 剤	26. オートブレックス (非加熱)	・トラベノール ・バクスター・トラベノール	昭和60年8月～平成1年6月
	27. ファイバ「イムノ」	・日本臓器製薬	昭和59年6月～昭和63年2月
加 熱 製 剤	28. オートブレックス (加熱)	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和63年3月～平成15年7月

問	回答欄
1. <u>血友病等以外</u> で上記に該当する血液凝固因子製剤を投与したことが判明した患者数（実人数）は何人ですか。	() 人

以下については、問1で御回答いただいた、投与が判明した患者のうちから、それぞれ当てはまる患者数をお答えください（現時点で分かる範囲で結構です）。

2. 投与した患者のうち、患者の氏名等が判明している人数をお答えください。	①氏名が判明	() 人	2
	② 不詳	() 人	3
3. 製剤ごとの人数をお答えください。	①第Ⅷ因子製剤	() 人	4
	②第Ⅸ因子製剤	() 人	5
	③その他の製剤	() 人	6
	④複数	() 人	7
	⑤不明	() 人	
4. 血液凝固因子製剤の投与が判明したのはどのような記録によるか、元になった記録ごとの人数をお答えください。（重複回答可）	①診療録（カルテ等）	() 人	8
	②手術記録	() 人	9
	③分娩記録	() 人	10
	④製剤使用簿	() 人	11
	⑤処方箋	() 人	12
	⑥輸液箋・注射指示箋	() 人	13
	⑦レセプトの写し	() 人	14
	⑧その他の書類 (研究論文データ、入院サマリー等)	() 人	15
	⑨不明	() 人	16
5. (1でご回答いただいた患者数のうち)血液凝固因子製剤投与の有無について患者からの問い合わせがあったのは何人ですか。	①問い合わせあり	() 人	17
	②なし	() 人	18
	③不明	() 人	19

6. 患者あるいは、家族に対し血液凝固因子製剤投与についてのお知らせを行いましたか。	①行った ・患者本人 ・家族 ②行っていない ③不明	() 人 () 人 () 人 () 人	20 21 22 23
7. 患者の現在の状況についてお答えください。	①生存 ②死亡 ③不明	() 人 () 人 () 人	24 25 26
7-1. 死亡した患者の原因についてお答えください。	①肝炎関連（肝硬変・肝がんを含む）による ②肝炎関連以外 ③不明	() 人 () 人 () 人	27 28 29
8. 患者の肝炎ウイルスの感染状況についてお答えください。	①B型肝炎 ②C型肝炎 ③両方 ④いずれでもない ⑤不明	() 人 () 人 () 人 () 人 () 人	30 31 32 33 34

※ 問2～7（問4と問7-1を除く）については、各選択肢の合計人数が、全て問1の御回答と一致することを御確認ください。

調査票（Ⅱ）

貴医療機関について、下表に御記入ください。

①	名 称		
②	住 所	〒	
③	電話番号		
④	備 考	（※統合、廃院、名称変更等について御記入ください）	
⑤	連絡窓口	担当者又は 担当部局名	
		電話番号等	
		E-mailアドレス	

調査Ⅱ－フィブリノゲン製剤用調査票－

平成6年以前に下記のフィブリノゲン製剤を投与（静注、フィブリン糊としての使用）された方（患者）のうち、フィブリノゲン製剤投与によりC型肝炎ウイルスが陽性と判明した方について個々に以下の設問にお答え下さい。（現時点で分かる範囲で結構です）。

今回の調査対象となる製剤とその期間については以下のとおりです。（調査Ⅰと同様です。）

※ 陽性と判明した方が複数いる場合は、お手数ですが、この調査票をコピーしてご記入いただけますようお願いいたします。

その他製剤		会社名	調査対象期間
非加熱 製剤	1. フィブリノーゲン-BBank	・日本ブラッドバンク社	平成6年投与以前
	2. フィブリノーゲン-ミドリ	・田辺三菱製薬	
	3. フィブリノゲン-ミドリ	・田辺三菱製薬	
加熱 製剤	4. フィブリノゲンHT-ミドリ	・田辺三菱製薬	

問	回答欄		
1. この調査における貴院での患者識別番号を作成の上、お書き下さい。 (後日、問い合わせが必要な場合に使用させていただきます。)	患者識別番号 ()		
2. 患者の性別、生年月をお答え下さい。	() 男性 () 女性 (西暦、明治・大正・昭和) () 年 () 月 生		
3. この患者の情報について、該当するものにお答え下さい。(複数回答可)	() 患者の氏名が判明している。 () (死亡された場合) 遺族が判明している。 () 住所または連絡先が判明している。 () その他 ()		
4. 投与の時期、経路、対象疾患、術式等及び投与時の輸血の有無をお答え下さい。投与の時期については右欄の3投与時期のうち、該当する投与時期に○を入れて下さい。該当しない時期に関しては空白で構いません。	() 1985年以前の投与		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 802 635 915">投与時期</td> <td data-bbox="635 802 1290 915">(西暦・昭和) () 年 () 月頃</td> </tr> </table>	投与時期	(西暦・昭和) () 年 () 月頃
	投与時期	(西暦・昭和) () 年 () 月頃	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 915 635 1028">経路</td> <td data-bbox="635 915 1290 1028">(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()</td> </tr> </table>	経路	(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()
	経路	(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1028 635 1084">対象疾患名</td> <td data-bbox="635 1028 1290 1084">()</td> </tr> </table>	対象疾患名	()
	対象疾患名	()	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1084 635 1140">術式等</td> <td data-bbox="635 1084 1290 1140">()</td> </tr> </table>	術式等	()
	術式等	()	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1140 635 1202">輸血について</td> <td data-bbox="635 1140 1290 1202">フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)</td> </tr> </table>	輸血について	フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)
	輸血について	フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)	
	() 1986年～1993年の投与		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1258 635 1371">投与時期</td> <td data-bbox="635 1258 1290 1371">(西暦・昭和・平成) () 年 () 月頃</td> </tr> </table>	投与時期	(西暦・昭和・平成) () 年 () 月頃	
投与時期	(西暦・昭和・平成) () 年 () 月頃		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1371 635 1483">経路</td> <td data-bbox="635 1371 1290 1483">(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()</td> </tr> </table>	経路	(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()	
経路	(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1483 635 1540">対象疾患名</td> <td data-bbox="635 1483 1290 1540">()</td> </tr> </table>	対象疾患名	()	
対象疾患名	()		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1540 635 1596">術式等</td> <td data-bbox="635 1540 1290 1596">()</td> </tr> </table>	術式等	()	
術式等	()		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="471 1596 635 1709">輸血について</td> <td data-bbox="635 1596 1290 1709">フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)</td> </tr> </table>	輸血について	フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)	
輸血について	フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)		

	<p>() 1994年以降の投与</p> <table border="1" data-bbox="448 272 1262 671"> <tr> <td>投与時期</td> <td>(西暦・昭和・平成) () 年 () 月頃</td> </tr> <tr> <td>経路</td> <td>(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()</td> </tr> <tr> <td>対象疾患名</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>術式等</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>輸血について</td> <td>フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)</td> </tr> </table>	投与時期	(西暦・昭和・平成) () 年 () 月頃	経路	(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()	対象疾患名	()	術式等	()	輸血について	フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)
投与時期	(西暦・昭和・平成) () 年 () 月頃										
経路	(静脈注射・フィブリン糊・両方・その他) その他の内容 ()										
対象疾患名	()										
術式等	()										
輸血について	フィブリノゲン製剤投与の際、輸血： (有・無)										
<p>5. <u>フィブリノゲン製剤投与時以外</u>の時期の輸血歴をお答え下さい。</p>	<p>(有・無・不明)</p> <table border="1" data-bbox="517 849 1194 1080"> <thead> <tr> <th>投与時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃</td> </tr> <tr> <td>(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃</td> </tr> <tr> <td>(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃</td> </tr> </tbody> </table>	投与時期	(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃	(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃	(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃						
投与時期											
(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃											
(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃											
(西暦、大正・昭和・平成) () 年 () 月頃											
<p>6. フィブリノゲンの投与が判明したのはどのような記録によるかをお答えください。 (重複回答可)</p>	<p>() 診療録 (カルテ)</p> <p>() 手術記録</p> <p>() 分娩記録</p> <p>() 製剤使用簿</p> <p>() 処方箋</p> <p>() 輸液箋・注射指示箋</p> <p>() レセプトの写し</p> <p>() その他の書類 (研究論文データ、入院サマリー等)</p> <p>() その他 ()</p>										

	<p>() HCV-RNA定性検査 (+ -)</p> <p>(西暦・昭和・平成) (年 月 日)</p> <p>() HCV-RNA定量検査 () _____ (単位)</p> <p>(西暦・昭和・平成) (年 月 日)</p> <p>() HCV型 () セログループ1 (HCV 1a, 1b)</p> <p>() セログループ2 (HCV 2a, 2b)</p> <p>() その他</p> <p>(西暦・昭和・平成) (年 月 日)</p> <p>() 不明</p>
14. 現在の患者の状況についてお答え下さい。	<p>() 生存</p> <p>() 死亡 (西暦・昭和・平成) () 年</p> <p>() 歳頃</p> <p>() 不明</p>
14-1. 死亡した患者の原因についてお答え下さい。	<p>() 肝炎関連 (肝硬変、肝がんを含む) による</p> <p>() 肝炎関連以外 (病名:)</p> <p>() 不明</p>

調査Ⅱ－血液凝固因子製剤用調査票一

血友病以外で下記の血液凝固因子製剤を投与された方（患者）のうち、血液凝固因子製剤投与によりC型肝炎ウイルスが陽性と判明した方について個々に以下の設問にお答え下さい。（現時点で分かる範囲で結構です）。

今回の調査対象となる製剤とその期間については以下のとおりです。（調査Ⅰと同様です。）

※ 陽性と判明した方が複数いる場合は、お手数ですが、この調査票をコピーしてご記入いただけますようお願いいたします。

	第Ⅳ因子製剤	会社名	調査対象期間
非 加 熱 製 剤	1. コンコエイト	・ミドリ十字	昭和53年8月～昭和63年4月
	2. プロフレート	・ミドリ十字	昭和53年8月～平成1年3月
	3. コンファクト8	・化血研	昭和54年4月～昭和62年2月
	4. ヘモフィルS	・住友化学 ・日本トラベノール ・トラベノール	昭和53年8月～昭和62年8月
	5. ヘモフィルH	・住友化学 ・日本トラベノール ・トラベノール	昭和55年3月～昭和62年8月
	6. クリオブリン	・日本臓器製薬	昭和54年4月～昭和63年4月
	7. コーエイト	・カッター・ラボラトリー ・パシフィック ・カッター・ジャパン	昭和54年4月～昭和62年8月
	8. ハイクリオ	・日本製薬	昭和54年9月～平成1年2月
加 熱 製 剤	9. コンコエイトHT	・ミドリ十字	昭和60年7月～平成2年3月
	10. コンファクトF	・化血研	昭和60年8月～平成4年12月
	11. ヘモフィルS-T	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和60年7月～平成2年7月
	12. ヘモフィルH-T	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和60年7月～平成2年7月
	13. コーエイトHT	・カッター・ジャパン ・バイエル薬品	昭和60年8月～平成2年6月
	14. ハイクリオHT	・日本製薬	昭和62年6月～平成5年7月
	第Ⅸ因子製剤	会社名	調査対象期間
非	15. クリスマシン	・ミドリ十字	昭和51年12月～昭和63年4月

加熱製剤	16. PPSB-ニチャク	・日本製薬	昭和47年6月～昭和63年12月
	17. コーナイン (ミドリ)	・ミドリ十字	昭和47年4月～昭和54年9月
	18. コーナイン (カッター)	・カッター・ラボラトリー ・バシフィック ・カッター・ジャパン	昭和53年4月～昭和62年11月
	19. プロブックス	・住友化学工業 ・日本トラベノール ・トラベノール ・バクスター・トラベノール	昭和55年5月～昭和63年12月
	20. ベノビール	・日本臓器製薬	昭和59年8月～昭和63年6月
加熱製剤	21. クリスマシンHT	・ミドリ十字	昭和60年12月～平成6年6月
	22. PPSB-HT 「ニチャク」	・日本製薬	昭和62年2月～平成12年3月
	23. ノバクトF	・化血研	昭和61年2月～平成7年1月
	24. コーナインHT	・カッター・ジャパン ・バイエル薬品	昭和60年12月～平成6年3月
	25. プロブックス ST	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和61年4月～平成19年3月

その他製剤		会社名	調査対象期間
非加熱製剤	26. オートブックス (非加熱)	・トラベノール ・バクスター・トラベノール	昭和60年8月～平成1年6月
	27. ファイバ「イムノ」	・日本臓器製薬	昭和59年6月～昭和63年2月
加熱製剤	28. オートブックス (加熱)	・トラベノール ・バクスター・トラベノール ・バクスター	昭和63年3月～平成15年7月

問	回答欄										
1. この調査における貴院での患者識別番号を作成の上、お書き下さい。 (後日、問い合わせが必要な場合に使用させていただきます。)	患者識別番号 ()										
2. 患者の性別、生年月をお答え下さい。	() 男性 () 女性 (西暦、明治、大正、昭和) () 年 () 月 生										
3. この患者の情報について、該当するものにお答え下さい。(複数回答可)	() 患者の氏名が判明している。 () (死亡された場合) 遺族が判明している。 () 住所または連絡先が判明している。 () その他 ()										
4. 初回投与について、投与の時期、経路、対象疾患及び術式等をお答え下さい。複数回投与の場合は初回を右表に記入し、2回目以降の輸血の時期を下にお書き下さい。	<p>・ () 単回投与</p> <p>・ () 複数回投与 → () 回</p> <table border="1" data-bbox="451 868 1264 1215"> <tbody> <tr> <td data-bbox="451 868 615 971">初回投与時期</td> <td data-bbox="615 868 1264 971">(西暦・昭和) () 年 () 月頃</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 971 615 1033">製剤名</td> <td data-bbox="615 971 1264 1033">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1033 615 1095">対象疾患名</td> <td data-bbox="615 1033 1264 1095">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1095 615 1157">術式等</td> <td data-bbox="615 1095 1264 1157">()</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1157 615 1215">輸血について</td> <td data-bbox="615 1157 1264 1215">血液凝固因子製剤投与の際、輸血： (有・無)</td> </tr> </tbody> </table> <p>複数回投与の場合は、各投与時期をお答え下さい。</p> <p>・ (西暦・昭和・平成) () 年 () 月 頃</p> <p>・ (西暦・昭和・平成) () 年 () 月 頃</p> <p>・ (西暦・昭和・平成) () 年 () 月 頃</p>	初回投与時期	(西暦・昭和) () 年 () 月頃	製剤名	()	対象疾患名	()	術式等	()	輸血について	血液凝固因子製剤投与の際、輸血： (有・無)
初回投与時期	(西暦・昭和) () 年 () 月頃										
製剤名	()										
対象疾患名	()										
術式等	()										
輸血について	血液凝固因子製剤投与の際、輸血： (有・無)										

	<ul style="list-style-type: none"> ・ お知らせしていない理由 ()
10. C型肝炎ウイルス感染のお知らせを行いましたか。行ったのであれば、その時期をお答え下さい。	<ul style="list-style-type: none"> () お知らせした ・ (西暦、昭和、平成) () 年 () 月 頃 ・ 時期不明 () お知らせしていない ・ お知らせする予定である。 ・ お知らせしていない理由 ()
11. C型肝炎に対する治療についてお答え下さい。	
・ インターフェロン治療を行った回数と時期	<ul style="list-style-type: none"> () 行った → () 回 (西暦・昭和・平成) () 年 月 ~ () 年 月) (西暦・昭和・平成) () 年 月 ~ () 年 月) (西暦・昭和・平成) () 年 月 ~ () 年 月) () 行っていない
インターフェロン治療を行った場合、最後に行った治療に対する効果についてお答え下さい。	
治療内容	効果判定
<ul style="list-style-type: none"> ・ インターフェロン () インターフェロン 単独 () インターフェロン+リバビリン ・ ペグインターフェロン () ペグインターフェロン 単独 () ペグインターフェロン+リバビリン 	最終インターフェロン治療に対する治療効果 <ul style="list-style-type: none"> () 著効 () 著効ではない
12. 把握している限り最新の患者さんの病状についてお答え下さい。	<ul style="list-style-type: none"> () 治癒 (※ 治癒とは血中 HCV RNA の持続陰性を指す) () 治療による (インターフェロン) () 治療による (その他:)