

	<input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 無症候性キャリア <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明
13. 直近または死亡前のC型肝炎ウイルス検査の結果についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> HCV抗体検査 ( 高 中 低 - ) (西暦・昭和・平成) ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCVコア抗原検査 ( + - ) (西暦・昭和・平成) ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCV-RNA定性検査 ( + - ) (西暦・昭和・平成) ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCV-RNA定量検査 ( ) _____ (単位) (西暦・昭和・平成) ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCV型 ( ) セログループ1 (HCV 1a, 1b) ( ) セログループ2 (HCV 2a, 2b) ( ) その他 (西暦・昭和・平成) ( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明
14. 現在の患者の状況についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (西暦・昭和・平成) ( 年 ) ( 才) <input type="checkbox"/> 不明
14-1. 死亡した患者の原因についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> 肝炎関連 (肝硬変、肝がんを含む) による

	<p>( ) 肝炎関連以外 (病名 )</p> <p>( ) 不明</p>
--	---------------------------------------