

〇〇医院

〇〇先生

(かかりつけ医 ID: )

年 月 日

J-DOIT2 診療支援センター ご連絡票

J-DOIT2 診療支援センター

担当 〇〇

拝啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

お問い合わせ頂きました件につきまして、下記の通りご連絡させていただきます。

敬具

件名	〇月〇日にお問合わせ頂いた件
ご連絡内容  <p style="text-align: center; font-size: 2em;">見本</p>	

## J-DOIT2 症例ファイル目次

1. 選択・除外基準
2. スケジュール
3. 患者のピックアップ
4. 仮登録  
仮登録票、仮登録票記載マニュアル、仮登録確認票
5. 本登録  
研究への参加についての同意書  
患者配布用「健康状態についての調査」、健康機器発送の申込書  
本登録票、本登録記載マニュアル、症例登録確認票
6. データ収集
7. 重篤な有害事象発生時の取扱い
8. 中止症例発生時の取扱い
9. 研究の終了
10. 様式集
  - ① お問合せ FAX 用紙
  - ② 療養指導指示書
  - ③ 頻回受診者受診状況報告書
  - ④ 重篤有害事象報告書
  - ⑤ 中止報告書
11. 症例毎の必要書類
  - ※ 上記1～9には、1症例を通しての基本的な流れを目次としております。
  - ※ 患者パックは、症例毎の被験者ID入りとなっております。  
不足するようであれば、J-DOIT2 ヘルプデスクまでご連絡をお願いします。  
配送までには、最大1週間程度のお時間を頂きますのでご了承ください。
  - ※ 発行した書類、受信した FAX 書類および郵送にて受領した書類は、すべて J-DOIT2  
ファイル内または、医療施設での取り決めに従い、個々の患者様カルテ内に保管をお  
願います。

症例の登録期間は、

年 月 ～ 年 月 までとなります。

D2T-06

## J-DOIT2 選択・除外基準

### 選択基準

\*いずれかひとつ満たす 20 歳～65 歳の外来通院患者 (男女)

- ◆ 他院で 2 型糖尿病と診断された
- ◆ 日本糖尿病学会の診断基準を満たしている
- ◆ 糖尿病薬 (経口、インスリン) による治療を受けている

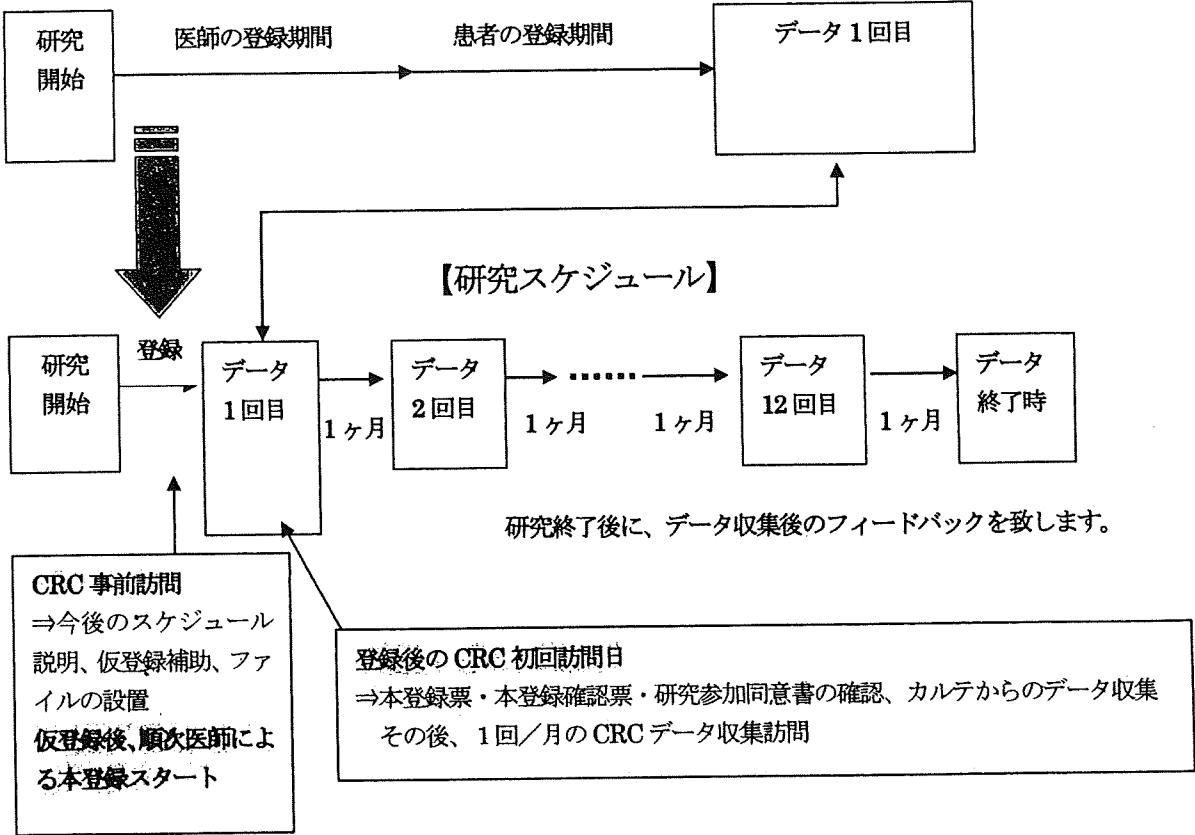
### 除外基準

\*1 つでも該当する者は対象としない

- ◆ 透析療法を受けている
- ◆ 入院中または入院の予定がある
- ◆ 寝たきり、準寝たきりの患者 (障害老人の日常生活自立度でランク A, B 又は C に相当する者)
- ◆ 老人ホームに在住している
- ◆ 失明、下肢切断の既往がある
- ◆ 最近 5 年間で悪性腫瘍の診断を受けている
- ◆ 妊婦あるいは妊娠の可能性がある
- ◆ 複数の医療施設において糖尿病の治療を受けている (合併症の治療以外)
- ◆ 1 型糖尿病の疑いがある
- ◆ 体内心臓ペースメーカーまたは体内除細動器を使用している
- ◆ 同意取得前に治験又は市販後臨床試験、その他の臨床研究等に参加していた、あるいは現在参加している
- ◆ その他、かかりつけ医が不適格と判断した

# J-DOIT2 スケジュール

## 【医師・被験者の登録期間】



## 【データ収集期間】

	登録時	データ収集期間 被験者より (毎週)	データ収集期間 医療施設より (毎月)	データ 終了時
患者アンケート	被験者 (郵送)			被験者 (郵送)
診療達成目標			CRC	CRC
各種検査値			CRC	CRC
受診状況			CRC	
体重・歩数		被験者 (1回/週以上)		

## 患者のピックアップ【 仮登録の準備段階 】

- ◆ 登録の年齢が、20歳～65歳までの男女が対象です。
- ◆ 過去3ヶ月間で、試験参加施設へ外来通院中である（初診患者含む）、**2型糖尿病と診断された患者様の選定をお願いします。**

具体的には、以下の3項目のいずれかを満たす患者様が対象です。

- ① 他院で2型糖尿病と診断された患者
- ② 日本糖尿病学会の診断基準を満たす患者
- ③ 糖尿病薬（経口・インスリン）による治療を受けている患者

仮登録する予定の  
患者様の2年分のカルテは  
ご準備いただけます  
でしょうか？

医師の登録完了連絡後、

CRCが、お電話にて訪問日の調整をさせていただきます。

日時	月	日 ( 曜日 )
	時	～ 時
作業スペース	(	)
ピックアップした症例数	(	例 )
受付窓口	(	様 )

D2T09

## J-DOIT2 仮登録

- ◆ 医師の登録終了後、一ヶ月間が患者登録期間となります。
- ◆ 目標登録数に達しなかった場合、最大二ヶ月までの登録期間の延長が認められております。

### 仮登録完了

- ① 「仮登録票」を J-DOIT2 データセンターへ FAX してください。.....
- (CRC が、仮登録票を FAX します)
- CRC が訪問し、仮登録作業支援を行います。
  - 最終確認として、仮登録票への署名をお願いします。
  - 仮登録確認票が FAX にて医療施設に届きます。 ←.....

仮登録された方が、本登録対象者となります。

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【様式 1-1】

【仮登録票】 データセンターにFAX: 0120-788270 をお願い致します。

No. 1  
50名以上の仮登録を  
して頂きますが、枚数  
をご記入頂きますよう  
お願い致します。

医療施設名: かかりつけ医 氏名:

\* 過去3ヶ月間に受診した2型糖尿病患者のうち「被験者の選択基準」を満たすすべての患者を仮登録する

↓下記のいずれかを満たす患者を対象とする

患者NO	被験者 イニシャル (姓/名)	カルテ番号	生年月日	年齢	性別	他院で 2型糖尿病と 診断されている	糖尿病薬(経口、 インスリン)による 治療を受けている	日本糖尿病学 会の診断基準を 満たす患者	試験参加施設 へ外来通院中 である	被験者ID (本登録後に 記入して下さい)
1	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D20-00-0000
2	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
3	イニシャルは必 ず姓、名の順で 記載して下さい		S 年 月 日 対象が20歳~65歳までと なります。		女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
4	/		S 年 月 日 昭和生まれが原則となり ますので、年号のSが記 入されています		女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	仮登録時は記載不要で す。 本登録後に記入をお願い します。
5	カルテ番号は医療機 関内で使用しているも のでかまいません		S 年 月 日		女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
6	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
7	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
8	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
9	/		S 年 月 日 いづれかに○ をつけて下さい		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
10	/		S 年 月 日		女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
11	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
12	/	患者NOは仮登録 の人数管理で使用 しますので、2枚目 以降は記入して頂 きますようお願い 致します	S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
13	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
14	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2
15	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2

DOT-11 ※仮登録症例が多い場合は「DOT-11」をご利用ください。

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【仮登録確認票】

データセンターにて「仮登録票」を受領しました。  
下記内容を再度ご確認ください。

医療施設名

かかりつけ医 ID : D20-00

かかりつけ医 氏名

仮登録日

H19(2006)年

日

仮登録人数

見本

仮登録を確認致しましたので、本登録の開始が可能です。  
本日仮登録頂きました患者様のうち、登録期間に受診された方を連続的に「本登録」して頂きますようお願い致します。

【仮登録票・仮登録確認票】は医療施設にて保管頂きますようお願い致します

\* 仮登録確認票についてのお問い合わせは、下記にて受け付けております。

フリーダイヤル : 0120-755023

データセンター事務局担当者 確認者

印

D2T-12



「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【様式 2】

【本登録票】

被験者ID: D2 - -

\* 下記にご記入のうえ、

データセンターにFAX: 0120-788270 をお願い致します。

医療施設名: \_\_\_\_\_

仮登録票をご確認のうえ、イニシャルをご記入下さい

患者イニシャル: 姓 \_\_\_\_\_ / 名 \_\_\_\_\_

\* 仮登録時に使用のものを記入して下さい

生年月日: S \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

性別:  男性  女性

同意取得日: H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

おおよその受診間隔: \_\_\_\_\_ 1回 / \_\_\_\_\_ 週・月

【選択基準】

- 他院で2型糖尿病と診断された
- 日本糖尿病学会の診断基準を満たしている
- 糖尿病薬(経口、インスリン)による治療を受けている

3項目のうち、いずれか1つにチェックがない場合は本登録できません

【除外基準】

- 透析療法を受けていない
- 入院中または入院の予定がない
- 寝たきり、準寝たきりの患者(日常生活自立度でランクA、B又はCに相当)ではない
- 老人ホーム在住ではない
- 失明、下肢切断の既往がない
- 最近5年間で悪性腫瘍の診断を受けていない
- 妊婦あるいは妊娠の可能性がない
- 複数の医療機関において糖尿病の治療を受けていない
- 1型糖尿病の疑いがない
- 体内心臓ペースメーカーまたは体内除細動器を使用していない
- 同意取得前に治験又は市販後臨床試験、その他の臨床研究等に参加していなかった、あるいは現在参加していない患者
- その他、かかりつけ医が不適格と判断した患者ではない

すべての項目にチェックがない場合は、本登録できません

かかりつけ医の記名捺印または署名: \_\_\_\_\_ 印

記名捺印日または署名日:

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* データセンターにて本登録票の確認後、本登録確認票を送信させていただきます。本登録票・本登録確認票を合わせて保管頂くようお願い致します。

D2T-14

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【症例登録確認票】

被験者ID: D2 - -

データセンターにて、本登録票を受領しました。

適格

医療施設名:

患者イニシャル : 姓 / 名

生年月日 : S 年 月 年齢 : 満 歳

性別 :  男性  女性

本登録日 : H 年 月

おおよその受診間隔 : 回 / 週・月

本登録にて適格症例となりました。被験者様へアンケートの配布をお願い致します。

\*【本登録票・本登録確認票】は医療施設にて保管頂きますようお願い致します。

\* 本登録確認票についてのお問い合わせは、下記にて受け付けております。

フリーダイヤル : 0120-755023

データセンター事務局担当者 確認者

印

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【症例登録確認票】

被験者ID:

D2

—

—

データセンターにて、本登録票を受領しました。

不適合

医療施設名:

患者イニシャル : 姓 / 名

生年月日 : S 年 月 年齢 : 満 歳

性別 :  男性  女性

本登録日 : H 年 月

おおよその受診間隔 : 週 回

本登録にて不適合症例となりましたので、患者様は本研究への参加ができません。患者様へのご説明をお願い致します。

\*【本登録票・本登録確認票】は医療施設にて保管頂きますようお願い致します。

\* 本登録確認票についてのお問い合わせは、下記にて受け付けております。

フリーダイヤル : 0120-755023

データセンター事務局担当者 確認者

印

## J-DOIT2 データ収集 (1回/月)

◆ CRC 訪問日の日程調整のご連絡をさせていただきますので宜しくお願い致します。

① 本登録した患者様の2年分のカルテ準備をお願いします。

(※CRC が過去データ収集後は、現行カルテのみのご準備となります。)

② CRC の作業場所の確保をお願いします。

### CRC の業務内容

- カルテを閲覧し情報を Web CRF へ入力とモニタリング業務を行う
- 登録後の同意書・本登録確認票の有無、選択・除外基準の適格性確認を行う  
(登録症例が発生している場合の訪問時のみ)
- カルテまたは、J-DOIT2 ファイル内の過不足の確認と次回の訪問日調整

③ 次回訪問日の調整をさせていただきます。

- CRC は、1回/月のペースで訪問し、データ収集業務を実施致します。
- 研究に参加されております患者様のカルテの準備と CRC 作業場所の確保をお願い致します。

## 重篤有害事象が発生した場合

- ◆ 重篤な有害事象の発現を確認したら、72時間以内に、  
J-DOIT2 データセンターへ FAX をお願いします。
- ◆ 個々の医療施設の長へ報告をお願いします。  
(報告期限や取扱いは、個々の医療施設の規定に準ずる)

① 「重篤有害事象報告書」を J-DOIT2 データセンターへ FAX してください。



- 患者様の受診時に、下記に定義する重篤な有害事象を確認したら・・・
- すみやかに「重篤有害事象報告書」の作成をお願いします。
- 経過報告が必要な場合は、先生のご判断で最終報告書までご記載をお願いします。

### 重篤な有害事象の定義

- ◆ 死亡に至るもの
- ◆ 生命を脅かすもの
- ◆ 治療のため入院または入院・加療期間の延長が必要なもの
- ◆ 永続的もしくは重大な障害・機能不全に陥るもの
- ◆ 先天異常を来すもの
- ◆ その他の重大な医学的事象

その他の状況、すなわち即座に生命を脅かしたり死亡や入院に至らなくとも、被験者を危機にさらしたり、上記のような結果に至らぬように処置を必要とするような重大な事象の場合には、それらも重篤とみなすべきである。

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの  
有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【重篤有害事象報告書】

被験者ID: D2 〇 - 〇〇 - 〇〇〇

\* 重篤な有害事象が発生した場合、下記にご記入ください。  
全ての項目を確認の上、早急に(原則として72時間以内)に

被験者IDを忘  
れずに、御記  
載ください。

データセンターにFAX: 0120-788270 をお願い致します。

1. 【 初回報告 ・ 2次報告 ・ 3次報告 ・ 最終報告 】 該当するものに〇を付けてください

2. 医療機関名 \_\_\_\_\_

3. 被験者イニシャル: 姓 \_\_\_\_\_ / 名 \_\_\_\_\_

4. 発現日 \_\_\_\_\_ : H ( ) 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

重篤な有害事象詳細

\* 該当するものにチェックし、詳細を記入してください。

- 4.1  死亡に至るもの
- 4.2  生命を脅かすもの
- 4.3  治療のため入院または入院・加療期間の延長が必要なもの
- 4.4  永続的もしくは重大な障害・機能不全に陥るもの
- 4.5  先天異常を来すもの
- 4.6  その他の重大な医学的事象

事象名: \_\_\_\_\_

\* 被験者に発現した事柄を記入して下さい(疾患名など)

程度	処置	研究の継続	転帰日	研究との因果関係
1.軽度 2.中等度 3.高度	0.無 1.有	1.継続中 2.中止	1.回復 ( 月 日) 2.軽快 ( 月 日) 3.未回復 ( 月 日) 4.後遺症あり( 月 日) 5.死亡 ( 月 日) 6.不明	1.関係あり 2.多分関係あり 3.可能性あり 4.多分関係なし 5.関係なし

※転帰日の1.回復または、2.軽快までを確認する。

※研究中止の場合は、中止時の転帰を記載する。

(詳細)

既往歴: \_\_\_\_\_

現病歴(糖尿病以外の合併症): \_\_\_\_\_

併用薬剤の有無: 有 無

薬剤名: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

用量(1日量): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

その他特記すべき事項: \_\_\_\_\_

署名・捺印と記載日の  
日付を忘れずに御記  
載ください。

かかりつけ医の記名捺印または署名: \_\_\_\_\_ 印

記名捺印日または署名日:

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

D2T-19

## 症例の中止が発生した場合

① 「中止報告書」を J-DOIT2 データセンターへ FAX してください。

- 患者様の受診時、または連絡（患者様または、ご家族）の内容が、下記中止基準に合致するか否かの判断をお願いします。
- 「中止報告書」の作成をお願いします。
- 但し、以下中止基準の理由によっては、患者様のCRCによるデータ収集は継続となります。（対象は、④、⑥、⑦）

### 被験者の試験継続の中止基準

- ・ 以下の事象が確認された被験者に対しては、試験の継続を中止する。なお、中止してもデータ収集のフォローを行う場合と、フォローを行わない場合がある。
- ① 対象外症例と判明した場合（継続フォローを行わない）
- ② 被験者が研究参加についての同意を撤回した場合（継続フォローを行わない）
- ③ 被験者がカルテからのデータ抽出を拒否した場合（継続フォローを行わない）
- ④ 6ヶ月を越えて入院した場合（可能であれば継続フォロー）
- ⑤ 転居または転院により連絡不能（継続フォローを行わない）
- ⑥ 診療支援サービスの利用についての同意の撤回（継続フォロー）
- ⑦ 重篤な有害事象が発生し、かかりつけ医が中止と判断した場合  
(可能であれば継続フォロー)
- ⑧ その他、試験実施計画書の遵守が不可能になった場合、かかりつけ医又は効果安全性検討委員会が中止を妥当と認めた場合（継続フォローを行わない）

※継続とは・・・データ収集を表しています。

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの  
有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【中止報告書】

被験者ID: D2 〇 - 〇〇 - 〇〇〇

\* 当該被験者の中止を決定した場合、下記にご記入ください。  
全ての項目を確認の上、早急に

被験者IDを忘れず  
に、御記載くださ  
い。

データセンターにFAX: 0120-788270 をお願い致します。

1. 医療施設名: \_\_\_\_\_

2. 被験者イニシャル: 姓 \_\_\_\_\_ / 名 \_\_\_\_\_

3. 中止日 \_\_\_\_\_ : H ( ) 年 月 日

試験継続の中止詳細

\* 該当するものにチェックし、詳細を記入してください。

- 3.1  対象外症例と判明した場合
- 3.2  被験者が研究参加についての同意を撤回した場合
- 3.3  被験者がカルテからのデータ抽出を拒否した場合
- 3.4  6ヶ月を超えて入院した場合
- 3.5  転居または転院により連絡不能
- 3.6  診療支援サービスの利用についての同意の撤回
- 3.7  重篤な有害事象が発生し、かかりつけ医が中止と判断した場合
- 3.8  その他、試験実施計画書の遵守が不可能になった場合、かかりつけ医又は  
効果安全性検討委員会が中止を妥当と認めた場合

(詳細)

署名・捺印と記載日の日付を忘  
れずに、御記載ください。

\*4.7 重篤な有害事象にて中止する場合には、「重篤有害事象報告書」を  
あわせてFAXして下さい。

かかりつけ医の記名捺印または署名: \_\_\_\_\_ 印

記名捺印日または署名日:

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※原本となります、紛失のないようファイル内に保管願います。  
D2T-21



## 研究の終了

① 患者へ「健康状態についての調査」を専用封筒にて

J-DOIT2 診療支援センターへ投函するよう依頼してください。



● 最終受診日に、患者へ「健康状態についての調査」の実施依頼をお願いします。

- 研究期間中に、中止となった場合も、可能な場合には「健康状態に関する調査」の実施をお願いします。

「健康状態に関する調査」実施対象者

- ・ 6ヶ月を越えて入院した場合
- ・ 診療支援サービスの利用についての同意の撤回
- ・ 重篤な有害事象が発生し、かかりつけ医が中止と判断した場合

## 様式集

- ◆ 各医療施設にて必要に応じ、コピーしてご使用ください。
- ◆ 書類の不足が発生した際には、J-DOIT2 データセンターのヘルプデスクへご一報頂ければ、期間は要しますが、医療施設へ送付する事も可能です。

### 【 ファイリング様式一覧 】

#### 仮登録票：3枚

CRC が作成補助致しますので、最終的なご確認をお願いします。

#### 被験者 ID リスト：2枚

CRC が作成致します。仮登録後、本登録された患者様の一覧表となります。  
最終的なご確認をお願いします。

#### J-DOIT2 診療支援センター 問い合わせ票：5枚

診療支援センターへのお問合せの際にご使用ください。  
折り返し、ご連絡票にて返信がございます。

#### 重篤有害事象報告書：5枚

重篤有害事象発生時の取扱いの手順に沿って、作成頂く書類です。

#### 中止報告書：5枚

中止症例発生時の取扱いに沿って、作成頂く書類です。

「かかりつけ医による2型糖尿病診療を支援するシステムの有効性に関するパイロット研究(J-DOIT2)」

【仮登録票】 データセンターにFAX: 0120-788270 をお願い致します。

No. \_\_\_\_\_

医療施設名: \_\_\_\_\_ かかりつけ医氏名: \_\_\_\_\_ 印

\* 過去3ヶ月間に受診した2型糖尿病患者のうち「被験者の選択基準」を満たすすべての患者を仮登録する

↓下記のいずれかを満たす患者を対象とする

患者NO	被験者 イニシャル (姓/名)	カルテ番号	生年月日	年齢	性別	他院で 2型糖尿病と 診断されている	糖尿病薬(経口、 インスリン)による 治療を受けている	日本糖尿病学会 の診断基準を満 たす患者	試験参加施設 へ外来通院中 である	被験者ID (本登録後に 記入して下さい)
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -
	/		S 年 月 日		男性/女性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2 - -

