

1. 臨床研究の目的

近年、我が国では生活習慣病の増加や高齢化などのため、心不全を発症される方が増えています。心不全の治療には長い入院期間と高額な費用を要するため、社会的な負担も大きくなっています。心不全で入院された方のなかには、退院後に再び心不全が悪化して再入院を余儀なくされる方が多いこともまた問題となっています。退院後に心不全が再び悪化する原因として、薬の飲み忘れや、水分や塩分の摂り過ぎなど、ご家庭における自己管理がうまくいかなかったことによるものが比較的多く含まれていることがわかっています。そのため欧米では、退院後に看護師が訪問したり、電話で様子をお伺いするなどのサービスが行われていますが、これには人手と費用がかかるため、インターネットなどを使った遠隔モニタリングにより症状や、体重、血圧などを観察することによって自己管理のお手伝いをし、心不全の悪化による再入院を減らそうという試みが行われています。しかしながら、これらの方法でも再入院を減らすことはできなかったという報告が最近相次いでおり、いまだに結論は出ていません。そこで、この研究では心不全のために入院された方を対象とし、退院後に体重と血圧を医療従事者がモニタリングすることによって、心不全の悪化による再入院率を低下させることができるかどうかを明らかにすることが目的です。

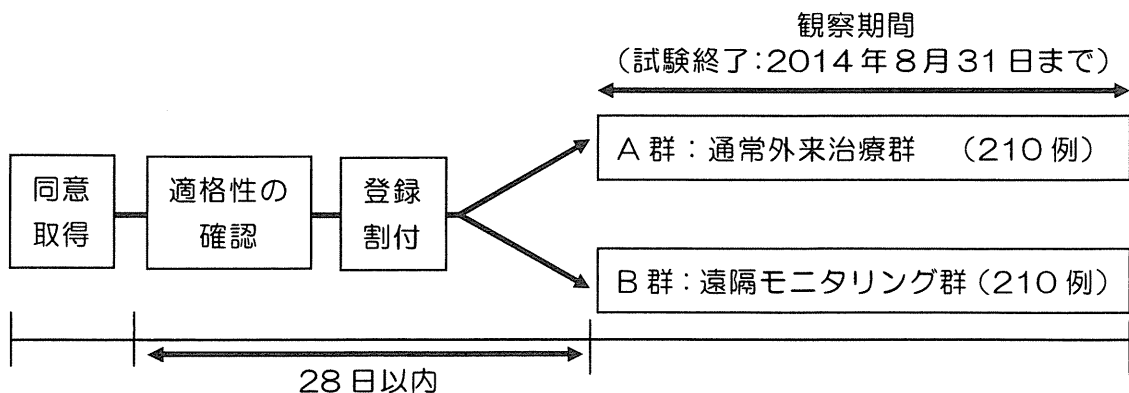
2. 臨床研究の方法

この研究では心不全で入院され、改善して退院される方が対象となります。研究に参加される場合には、2つのグループのうちどちらかに入ってください。

A群の方は、通常通り外来に通院していただくこととなりますが、体重を毎日測ることは慢性心不全管理の基本ですので、遠隔モニタリングは行いませんが測定を行うことが推奨されます。

B群の方には、退院後、御自宅にインターネットに接続する装置と血圧計、体重計を設置し、血圧や体重を観察させていただきます。これを行うのは、佐賀大学在宅ハートステーションの看護師です。体重があらかじめ設定した基準値以上に増加したり、血圧が高すぎるなどの異常が発生した場合には、あなたの主治医に連絡され、お薬の変更が必要かどうかなどの判断を行います。

両方のグループの方に対して、検査スケジュールに定められた時期に、心エコーなど心不全の状態をみる検査や、血液検査、心不全による生活の質や精神面への影響を評価するアンケート調査などを行います。



この研究においては、あなたがどちらのグループになるのかはランダム（無作為）に決定されますので、あなたがグループを選ぶことも出来ません。また、担当医師もあなたがどちらのグループになるのかは分かりません。つまり、あなたは 1/2 の確率でどちらかのグループに割り当てられることになります。

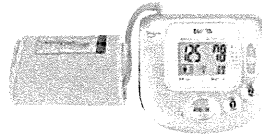
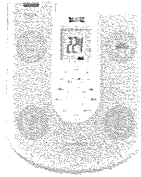
《医療費について》

医療費の開示が可能な施設においては、患者さんの1年間にかかった医療費についても調査し、通常外来治療グループと遠隔モニタリンググループの2群間で比較します。

3. 遠隔モニタリングシステム概要

(1) 使用する機器

体組成計、上腕式デジタル血圧計、ワイヤレス通信レシーバー（株式会社タニタ）



Wi-Fi ルーター（アイ・オー・データ）

携帯型無線機（イー・モバイル）



※ただし、携帯無線機については、上記機種にて対応エリア外の場合、他社の無線機を使用する。）

(2) からだカルテ®イメージ図（別紙参照）

4. 参加していただける患者さん

(1) 以下の内容をすべて満たす方に参加をお願いしています。

- ① 急性心不全または慢性心不全の急性増悪のために入院後、治療により改善し退院予定となった方。または退院後 30 日以内の方。
- ② NYHA 心機能分類*1 がⅡあるいはⅢの方
- ③ 年齢 20 歳以上の方

(2) 以下の内容にひとつでも当てはまる方は参加できません。

- ① ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、両心室ペースメーカー(CRT)、植え込み型除細動器付き両心室ペースメーカー(CRTD)などの医療機器を装着している、または装着の予定がある患者さん（試験で使用する体重計に体組成計機能があり、測定の際に微弱な交流電気信号が体内を通過するため、健康被害が生じる可能性があります。）
- ② 高度の腎障害（血清クレアチニン値 $\geq 3.0\text{mg/dl}$ 以上が持続するなど）のある方
- ③ 重篤な肝障害のある方
- ④ PCI,CABG が予定されている患者さん
- ⑤ 悪性腫瘍など不可逆的な要因により、予後が限定されている患者さん
- ⑥ コントロール不良の精神疾患（こころとからだの質問票にて得点が 20 点

以上など)、重度の認知機能障害

- ⑦ 妊娠中あるいは試験期間中に妊娠を希望される患者さん
- ⑧ 四肢の障害等により、体重計に乗ることが困難あるいは危険であると判断される患者さん
- ⑨ 電話による連絡が不可能な患者さん
- ⑩ 文書による同意の得られない患者さん
- ⑪ その他、担当医師が本試験の対象として不適当と判断した患者さん

*1 NYHA 心機能分類とは

心不全の症状の程度の分類のことです。重症度により以下のように 4 種類に分類されます。

I 度	心疾患はあるが、身体活動には特に制約がなく日常労作により、特に不当な呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの症状がないもの
II 度	心疾患があり、身体活動が軽度に制約されるもの； 安静時または軽労作時には障害がないが、日常労作のうち、比較的強い労作（例えば、階段上昇、坂道歩行など）によって、上記のような症状が生じるもの
III 度	心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの； 安静時には症状はないが、比較的軽い日常労作（例えば、平地の歩行など）でも、上記のような症状が生じるもの
IV 度	心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも上記症状が出現し、また、心不全症状、または、狭心症候群が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの

5. 臨床研究の期間および目標症例数

倫理審査委員会承認日から 2014 年 8 月 31 日まで

全国において通常の外来診療を行うグループと遠隔モニタリングをするグループにそれぞれ 210 名、合計 420 名の患者さんに参加していただく予定です。

6. 臨床研究の資金源、患者さんの費用負担および協力金

この研究は厚生労働省科学研究費による研究助成を受けています。従って、遠隔モニタリングに使用する機材、毎月の通信費などは、研究費から支払われます。ただし、遠隔モニタリングの方は、インターネット接続機器の使用に際し、電気料金が発生します。電気料金を正確に算出することは難しいですが、年間で約 300 円程度の負担が必要となりますがご了承ください。いずれのグループの方も、毎回の診療における検査費用、薬剤費などは、患者さんご自身の健康保険によってお支払いいただきます。

また、アンケート調査の協力金としてアンケート実施ごとにクオカード 1,000 円を差し上げます。

7. 研究責任者等の氏名及び職名

循環器内科 教授 野出 孝一

8. 参加に同意しなくても不利益を被らないこと

この研究の参加に同意するかどうかは、あなたの自由意思で決めて下さい。お断りになっても、あなたの不利益になるようなことはありません。本研究参加を決めた後でも、止めなくなった時はいつでも中止できますから、担当医師にご相談ください。

9. 期待される効果及び患者さんに及ぼす不利益

この研究に参加してもしなくても、お薬の種類や検査など、受けていただく治療にはまったく違いはありません。体重を毎日測定するなどの体調を管理することは、研究に参加しない方にも推奨されています。そのため、研究に参加することによって新たに危険性が生じることはないと考えられます。

10. あなたの人権保護に関すること

あなたの体の状態及び検査についての今回の研究成果は、研究会や学会で報告することがあります。いずれの場合でも、あなたのプライバシーを守るため、これらの報告ではあなた個人に関する情報（特に名前）が使用されることはありません。

ただし、遠隔モニタリングのグループに割り当てられた方の個人情報（名前、住所、電話番号）は、モニタリングに使用する機器の送付・回収および使用機器の操作方法・不具合などのお問い合わせにお答えするために、佐賀大学在宅ハートステーションにて使用いたします。また、通信の不具合に対応するため、情報通信企業（NTTドコモ、イー・アクセス社など）の社員を現地に派遣する必要がある場合には、同社に対して個人情報が提供されます。しかし、それ以外の目的で使用することはなく、体の状態や検査結果などと結びつけることは一切ありません。

11. 本研究の問い合わせ先

研究に関する質問は自由です。下記の連絡先までお問い合わせください。

佐賀大学附属病院循環器内科

担当医師 琴岡 憲彦

（連絡先）

住所 〒849-8501 佐賀市鍋島 5-1-1

電話 0952-34-2364

以上、この研究の内容について十分ご理解いただいたうえで、本研究に参加することをお決めになりましたら、同意書に署名及び捺印をし、日付の記入をお願いいたします。その後、説明文書とともに同意書の写しをお渡しいたします。

なお、この研究内容は、佐賀大学医学部附属病院臨床研究倫理審査委員会で審議を受け、医学的、倫理的に適切であることが承認されたものであります。

また、本委員会における審査の内容や委員会に関する情報は佐賀大学医学部附属病院治験センターのホームページの「情報公開」のコーナーにおいてご覧頂くことができます。

（URL：<http://www.hospital.med.saga-u.ac.jp/chiken/>）

臨床研究参加同意書

佐賀大学医学部附属病院長 殿

私は、本研究へ参加するにあたり、担当医師より説明文書の内容について、十分な説明を受け、その内容を理解した上で、自由意志により本研究に参加することに同意します。

下記項目の確認をお願いします。必ず、ご本人が記入をしてください。

- 私は、ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、両心室ペースメーカー(CRT)、植え込み型除細動器付き両心室ペースメーカー(CRTD)などの医療機器を装着していません。また、装着する予定もありません。

以下の内容について十分な説明を受けました。

- 臨床研究の目的
 臨床研究の方法
 遠隔モニタリングシステム概要
 参加していただける患者さん
 臨床研究の期間および目標症例数
 臨床研究の資金源、患者さんの費用負担および協力金
 研究責任者等の氏名及び職名
 参加に同意しなくても不利益を被らないこと
 期待される効果及び患者さんに及ぼす不利益
 あなたの人権保護に関すること
 本研究の問い合わせ先

同意いただける内容に☑をお願いします。

- 遠隔モニタリンググループに割り当てられた場合、個人情報(氏名・住所・電話番号)を佐賀大学在宅ハートステーションで保管・管理されることに同意します。
- 特殊検査のために、1回につき約10mLの追加採血を行うことに同意します。
- 医療費が開示されることに同意します。

(本人)

同意年月日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

住 所： _____

氏名(署名)： _____ 印

(担当医師)

説明年月日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

診療科： _____

担当医師名(身分： _____)： _____ 印

*説明文書とともに診療記録に保管すること。

(患者さん交付用)

臨床研究参加同意書

佐賀大学医学部附属病院長 殿

私は、本研究へ参加するにあたり、担当医師より説明文書の内容について、十分な説明を受け、その内容を理解した上で、自由意志により本研究に参加することに同意します。

下記項目の確認をお願いします。必ず、ご本人が記入をしてください。

- 私は、ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、両心室ペースメーカー(CRT)、植え込み型除細動器付き両心室ペースメーカー(CRTD)などの医療機器を装着していません。また、装着する予定もありません。

以下の内容について十分な説明を受けました。

- 臨床研究の目的
 臨床研究の方法
 遠隔モニタリングシステム概要
 参加していただける患者さん
 臨床研究の期間および目標症例数
 臨床研究の資金源、患者さんの費用負担および協力金
 研究責任者等の氏名及び職名
 参加に同意しなくても不利益を被らないこと
 期待される効果及び患者さんに及ぼす不利益
 あなたの人権保護に関すること
 本研究の問い合わせ先

同意いただける内容に☑をお願いします。

- 遠隔モニタリンググループに割り当てられた場合、個人情報(氏名・住所・電話番号)を佐賀大学在宅ハートステーションで保管・管理されることに同意します。
- 特殊検査のために、1回につき約10mLの追加採血を行うことに同意します。
- 医療費が開示されることに同意します。

(本人)

同意年月日：_____年 月 日

住 所：_____

氏名(署名)：_____ 印

(担当医師)

説明年月日：_____年 月 日

診療科：_____

担当医師名(身分：_____)：_____ 印

*説明文書とともに患者さんに交付すること。

遠隔モニタリング群に割当てられた方は、以下の項目をよくお読みいただき、内容に同意いただける方のみ研究にご参加ください。

注意事項

1. 本研究で使用する体重計は、体の電気抵抗の変化により体脂肪率等を計算する仕組みになっているため測定時に微弱な交流信号が流れます。体内にペースメーカーや埋め込み型除細動器などの医療機器を埋め込まれている方は、健康被害が生じる可能性がありますので絶対に使用しないでください。
2. インターネット接続機器をこの研究以外の用途で使用されないようお願いいたします。
3. 体重計、血圧計、(歩数計)、インターネットに接続する装置、体重や血圧のデータを管理するサーバーの利用料などの費用が、年間で一名あたり約10万円程度かかりますが、これらはすべて研究費で負担いたします。しかしながら、これらの機器の動作のために使用する電気料金は各自ご負担いただくこととなります。
4. 体重が一定の基準を超えて増加したり、血圧や脈拍に著しい異常がみられた場合にはあなたの外来主治医に連絡されます。このような場合は必ず主治医の指示を受けてください。佐賀大学在宅ハートステーションや研究担当医師が電話で直接対処法を指示することはありません。
5. 機器の不具合に関しては、機器送付時の説明文書に記載された連絡先（電話料金のかからないフリーアクセスです）に御連絡いただければ解決方法を御説明いたします。この連絡先では、体調に関する相談をお受けすることはできません。
6. 機器を送付・回収するため、および機器の操作方法・不具合に関するお問い合わせにお答えするために、あなたの個人情報（名前、住所、電話番号）を使用いたします。通信の不具合に対応するため、情報通信会社（NTTドコモ、イー・アクセス社）の社員を直接派遣する必要がある場合には、同社に個人情報が提供されますが、それ以外の目的には一切使用しません。また、個人情報が外部に漏れることがないよう厳重に管理します。

免責事項

1. 今回の研究は、体重や血圧などを遠隔モニタリングすることによって、心不全の悪化による再入院を少しでも減らしたいと考えて行うものですが、現時点では、このような効果は実証されていません。遠隔モニタリングによりあなたの主治医が受け取ることのできる情報は、体重と血圧、脈拍に限られており、1~2週間の間に体重が増加しながら悪化していくような心不全の患者様には対処できると考えられますが、そうでない方に対しては適切に対処したとしても心不全の悪化を防止できない場合があります。従って「研究に参加したのに心不全が悪くなって再入院してしまった」ということが起こる可能性があります。また、病気の性質上、突然状態が悪化し最悪の場合命にかかわる可能性もありますが、体重と血圧、脈拍を毎日モニタリングしてもこのような事態の発生をあらかじめ予測することは困難です。そのほか、心不全以外の病気の発生や悪化を察知したり、予知することもできません。

従って、今回の研究に参加していただき、遠隔モニタリング群に割り当てられた患者様について、遠隔モニタリング中に発生したいかなる病気の悪化や死亡を含む不利益に対して、研究事務局や遠隔モニタリングセンターは責任を負いません。また、あなたの主治医に対しても、通常の診療における責任の範囲を超えて、遠隔モニタリングにより得られた情報の判断についての責任を問うことはできません。

2. 通信環境の安定性についても、今回の研究を通じて実証してゆくことになります。従って、「通信機器やサーバーの不具合等により体重や血圧の情報が数日間送信されなかった」などの事象が起こる可能性があります。災害等による通信の遮断についても同様です。これらによって遠隔モニタリングができない期間に心不全が悪化し、それに気づくことができなかったとしても、責任を負うことはできません。
3. 体重を毎日測定することは、研究に参加するしないにかかわらず、慢性心不全の在宅療養において非常に重要です。体重計は、滑りにくく、周囲につかまることができるもののある場所に設置するなど、体重測定時に転倒しないよう十分注意してください。体重測定時に転倒する恐れの高い障害等をお持ちの場合は研究参加を辞退してください。体重測定時の転倒による怪我等に対して補償することはできません。

施設登録依頼書

貴施設において承認が確認されましたら、「倫理審査委員会承認通知書」と共に下記へFAXをお願い致します。

HOMES-HF 症例登録センター 宛

F A X : 0952-34-2089 電話 : 0952-34-2169

受付時間 : 月～金 9:00～17:00 (土日祝・年末年始除く)

※17時以降にお送りいただいたFAXは翌日に対応させていただきます。

記載年月日 : (西暦) _____年 ____月 ____日

研 究 課 題 名	遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究	
医 療 機 関 名		
診 療 科 名		
フリガナ 試験責任医師名		
フリガナ 試験分担医師名		
承 認 状 況	<input type="checkbox"/> 治験審査委員会 <input type="checkbox"/> その他()	承認日 20 年 月 日
ご希望の症例登録方法	<input type="checkbox"/> Web (別紙: Web登録システムID/PW発行依頼書をご提出ください) <input type="checkbox"/> FAX	
登録結果送付先	FAX:	
問合わせご担当者様	所属:	氏名:
問合わせご担当者様 連絡先	FAX:	

※試験分担医師名について

分担医師がいる場合は、本依頼書に分担者指名リストも添付してください。

倫理審査委員会承認通知書に分担者名の記載がある場合は、添付省略可。

※試験実施医療機関情報の更新、又は追加情報がある場合は、再度ご提出ください。

※症例登録方法については、Web登録・FAX登録いずれかご選択ください。

※問い合わせご担当者は、必ずご記入ください。

****Web 登録画面が表示されない場合****

インターネットブラウザ（IE7.0）の Ver.が新しい場合、Web 登録画面へアクセスすることができない場合がございます。

お手数ですが、以下の設定手順の流れで設定をお願い致します。

<<設定手順>>

- ① インターネット起動
↓
- ② タブ「ツール」
↓
- ③ 「インターネットオプション」
↓
- ④ タブ「セキュリティ」
↓
- ⑤ 「信頼済みサイト」 に「<http://www.edc-chiba-crc.jp>」を登録
↓
- ⑥ 「このゾーンのセキュリティレベル」の「レベルのカスタマイズ」

(ア) ポップアップブロックの使用
① 無効にする

(イ) ファイルのダウンロード時に自動的にダイアログを表示
① 有効にする

また、IE 以外（サファリ、firefox 等）をご使用の場合は接続できない可能性がございますので、その場合は他の IE を使用いただきますようお願い致します。（Web 登録が困難な場合は FAX での症例登録をお願いします）

ご不明な点がございましたら、以下の問合せ先までご連絡お願い致します。

【お問い合わせ先】

（千葉大学医学部附属病院 臨床試験部）

Tel : 043-222-1206

担当：種村・鶴澤

以上

連絡先 (FAX) : 0952-34-2089

HOMES-HF 症例登録センター 行
(研究事務局)受付時間 : 月～金 9:00～17:00
(土日祝・年末年始除く)※17時以降にお送りいただいたFAXは
翌日に対応させていただきます。

TEL : 0952-34-2169

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究 - HOMES-HF -

(西暦) 年 月 日

Web 登録システム ID/PW 発行依頼書

医療機関名 : _____ 申請者名 : _____

ID/PW 発行依頼ユーザーリスト

	診療科(所属)	登録者名 (フリガナまで記入ください)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

ID/PW 発行通知書送付先 (メールアドレス)

ID/PW 発行通知書は後日メールにて送付いたしますので、登録代表者さまのアドレスをご記入ください。

診療科(所属)	登録代表者名 (フリガナ)	メールアドレス

症例登録センター
記載欄

- 千葉大臨床試験部発行依頼済 担当 : _____
- 施設へ ID/PW 報告済 担当 : _____

201 年 月 日

HOMES-HF 症例登録センター 行

FAX : 0952-34-2089 / TEL : 0952-34-2169

受付時間 : 月～金 9:00～17:00 (土日祝・年末年始除く)

※17 時以降にお送りいただいた FAX は翌日に対応させていただきます。

施設登録内容 修正依頼書

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究 - HOMES - HF -

201__年__月__日 に登録いただきました施設登録につきまして、登録内容の修正をお願い致します。

【施設情報】

医療機関名	
診療科名	
試験責任医師・試験分担医師	

【修正内容】

--

修正後の「施設登録依頼書」を添付して症例登録センターへ FAX して下さい。

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

HOME telemonitoring Study in Heart Failure

— HOMES-HF —



Web登録マニュアル

症例登録手順 (Web登録)



各医療機関様

- ① 登録用のURLへアクセス
- ② 個人IDとパスワードを使用し、ログイン
- ③ 必要事項をWeb入力画面（症例登録票）へ入力
- ④ 必要事項をWeb入力画面へ入力後、確認ボタンを押す。
割付された群を確認する。
- ⑤ 割付された群での診療を実施して下さい。

【お問い合わせ先】
症例登録センター
(佐賀大学医学部 循環器内科)
Tel : 0952-34-2169
担当：廣瀧

HITCANDIS/DM WEB操作



- URL（院内専用LANからは接続不可）

<https://www.edc-chiba-crc.jp/dm0105/LogOn.asp>

- IDとパスワードを発行させていただきます。

「施設登録依頼書」と共にお送りいただく「Web登録システムID/PW発行依頼書」より、各医療機関様用のIDとパスワードの発行作業をいたします。Eメールにてご連絡させていただきます。

HITCANDIS/DM Project... HITCANDIS/DM Logon X

URL: <https://www.edc-chiba-crc.jp/dm0105/LogOn.asp>

HITCANDIS/DM

Clinical Data Entry System

LANGUAGE Japanese ▾

▶ Registered User:
Enter your ID & password for Logon.

USER ID	<input type="text"/>
PASSWORD	<input type="password"/>

time out period: 30minutes

OK Change Password

▶ Logon Problem:
Contact CCRC Chiba university Hospital Clinical Research Center for your password.
E-Mail: chibacrc@mac.com

- URL
<https://www.edc-chiba-crc.jp/dm0105/LogOn.asp>
- 各医療機関様用にIDとPWを発行させていただきます。

HITCANDIS/DM

Clinical Data Entry System

Log off

プルダウンメニューでプロジェクトを選択し、表示されたプロトコル一覧からプロトコルをクリックしてください。

▶ プロジェクト選択

O_Project

▶ プロトコル選択

プロトコル名称	Certification Status
遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究	<input checked="" type="checkbox"/> Certified

- アクセス可能なプロトコルのみ表示されています。
- 今回実施される試験をクリックして下さい。

- プロジェクト選択：O_Project
- プロトコル選択：遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究



プロジェクト O_Project

プロトコル 遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

Log off

Top Page

[photo]

画像なし

Copy of the Certificate

お知らせ

お知らせ

タイトル	ファイル	掲載日時
------	------	------

- >> お知らせ
- ドキュメント
- 患者登録**
- 登録情報
- 登録状況
- 登録内容修正

- プロトコル選択後に表示される画面です。
- 左にあるタブのうち「患者登録」をクリックして下さい。

CCRC Chiba university
Hospital Clinical Research
Center
TEL:043-226-2678
FAX:043-226-2679
MAIL: chihacrc@mac.com

内容:



プロジェクト	O_Project
プロトコル	遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

Log off

Top Page

[photo]



Copy of the Certificate

お知らせ
ドキュメント

- 患者登録
- 登録情報
- 登録状況
- 登録内容修正

CRRC Chiba university
Hospital Clinical Research
Center
TEL: 043-226-2678
FAX: 043-226-2679
MAIL: chibacre@mac.com

本登録

本登録

HOMES-HF研究

遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全在宅管理研究

<お問い合わせ先>
HOMES-HF 症例登録センター(千葉大学 研究開発局)
受付時間: 9:00~17:00
Tel: 0952-84-2169

記載年月日	<input type="text"/>
医療機関名	<input type="text"/>
担当医	<input type="text"/>
被験者識別コード	<input type="text"/>
同意取得日	<input type="text"/>

※被験者識別コードは、個々の被験者が特定されないように、各被験者固有の識別コード番号を、各医療機関独自のルールで付番してください。

Q. 割付調整因子 入力ミスに要注意!!

年齢	<input type="text"/>	歳
左室駆出率	<input type="radio"/> ≥30% <input type="radio"/> <30%	
基礎心疾患	<input type="radio"/> 虚血性心疾患 <input type="radio"/> 非虚血性心疾患	

Q. 以下の選択基準 [①~③]に全て合致している場合は、「はい」を選択

- 症例登録票の内容を入力して下さい。
- 入力後、「確認ページへ」のボタンをクリックして下さい。