

主治医の先生方へのお願い

本アンケート調査にご協力いただける患者さんの、C型肝炎に対する治療の薬剤名、予定の治療期間について本用紙への記入をお願いします。該当する薬剤名の番号、予定の治療期間の番号に○の記入をお願いします。

治療法の薬剤名

1. ソホスブビル/リバビリン
2. レジパスビル/ソホスブビル
3. ダクラタスビル/アスナプレビル
4. バニプレビル/ペグインターフェロン+リバビリン
5. シメプレビル/ペグインターフェロン+リバビリン
6. テラプレビル/ペグインターフェロン+リバビリン
7. ペグインターフェロン+リバビリン
8. ペグインターフェロン単独
9. 従来型 IFN 治療
10. その他（具体的に_____）

予定の治療期間

1. 12 週間
2. 24 週間
3. 48 週間
4. その他（具体的に_____）

記入済の本用紙は、アンケート用紙、封筒などともに患者さんにお渡してください。
本用紙は、患者さんが記入されたアンケートの 1 回目か 2 回目の用紙とともに回収させていただきます。