

登録適格性確認票

入力年月日： 西暦 20 年 月 日

同意取得年月日： 西暦 20 年 月 日

施設名： 医師名：

識別番号（対応表あり）：

選択基準（選択基準をご確認の上、「はい」「いいえ」をご選択ください。）

(1) 登録時の患者年齢が 20 歳以上である。	☐ はい	☐ いいえ
(2) 今回治療予定は 1 病変のみである（多発している場合）。	☐ はい	☐ いいえ
(3) 試験参加について十分な説明を受け、患者本人から同意が得られている。	☐ はい	☐ いいえ

除外基準（除外基準をご確認の上、「はい」「いいえ」をご選択ください。）

(1) 胃管もしくは術後胃の患者	☐ はい	☐ いいえ
(2) スルバクタム・アンピシリンに過敏症の既往歴のある患者	☐ はい	☐ いいえ
(3) 伝染性単核球症の患者	☐ はい	☐ いいえ
(4) ヘパリン化が必要（抗血栓薬はガイドラインに準じて取り扱う ^注 ）	☐ はい	☐ いいえ
(5) 鎮痛薬を常用している	☐ はい	☐ いいえ
(6) 維持透析を行っている患者	☐ はい	☐ いいえ
(7) ステロイドあるいは免疫調節薬使用中の患者	☐ はい	☐ いいえ
(8) 妊娠中、授乳中の女性である	☐ はい	☐ いいえ
(9) 認知機能障害がある	☐ はい	☐ いいえ
(10) 試験担当医が不適当と判断する症例である	☐ はい	☐ いいえ

注）抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン、および抗凝固薬に関する追補2017に準じて抗血栓薬は取り扱う。よって、内視鏡治療ができる服用内容であれば抗血栓薬中止は必須ではない。主治医あるいは担当医の判断で内視鏡治療に際してヘパリン化が必要と判断した場合は、本試験からは除外とする。