

Fax 送信先 : 03-5363-3908

慶應義塾大学医学部血液浄化・透析センター 林 松彦宛

ワルファリンの内服状況について、全国調査を行っております。以下のアンケートにお答えいただきますよう、お願いいたします。

1 貴施設で、ワルファリンを内服中の患者さんはいらっしゃいますか。

はい

いいえ

「いいえ」とお答えになった方は、これで終了です。御施設名の記載をお願いします。

2 「はい」とお答えになった方にお尋ねします。ワルファリン内服中の症例の性別、年齢、対象疾患が心房細動であるか否かをお答え下さい。(10例以上いらっしゃる施設は、適宜追加して全例の記載をお願いいたします。)

症例1	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例2	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例3	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例4	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例5	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例6	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例7	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例8	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例9	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない
症例10	男・女	歳	対象疾患が心房細動で	ある・ない

3 上記の症例の中で、ワルファリン内服に基づくと思われる出血性病変（脳出血、消化管出血など）を起こされたことのある症例番号に○をつけてください。(10例以上の場合は症例番号11、12等の記載をお願いします。)

症例 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4 貴施設にアンケート回答時に通院中の透析患者総数をお教えてください。

例

5 さらに詳しい情報提供と、前向きな観察研究をお願いした場合、ご協力いただけますでしょうか。該当項目を○で囲んで下さい。

協力する

協力しない

ご質問は以上です。ご協力ありがとうございました。なお、集計の都合上、御施設名をご記入下さるようお願い申し上げます。

御施設名 \_\_\_\_\_