**診療情報提供-補助資料（HP-GIANT医師主導治験用）**

**Email：hpgiant\_toiawase@kuhp.kyoto-u.ac.jp　HP-GIANT医師主導治験窓口（森本）まで**

**事前に送付いただけますと幸いです。**

記入日：　　　　　年　　月　　日

・患者イニシャル（姓.名）（例 I.R）：

・年齢：（　　　）　ヶ月 ・ 歳　　　※「ヶ月」「歳」いずれかにマルをしてください。

**先天性巨大色素性母斑 の現病歴について** ※現在までの病歴をご記載ください。

|  |
| --- |
| 母斑の存在部位：  母斑の体表面積に対する割合（%）もしくは大きさ（長径cm×短径cm）：  当該部位について手術を実施しましたか？：□Yes　□No  →Yesの場合、手術日・術式： |

**既往歴・合併症・併用薬・アレルギーについて** ※有の場合のみ詳細をご記載ください。

本治験への参加に同意された場合、活動性の感染症の有無については当院にて検査を行います。

|  |
| --- |
| 既往歴：□無　□有  ※ペニシリン系抗生物質、アミノグリコシド系抗生物質に対し過敏症の既往歴を有する方はご参加いただけません。 |
| 合併症：□無　□有  ※皮膚悪性腫瘍のある方、皮膚悪性腫瘍の疑いのある方はご参加いただけません。 |
| 免疫抑制剤・ステロイド（局所作用除く）の使用：□無　□有　　※「有」の場合、ご参加いただけません。 |
| アレルギー：□無　□有  ※動物（ウシ、ウマ、ブタ）に対しアレルギーのある方、及びペニシリン、カナマイシン、ストレプトマイシン、アムホテリシンBの抗生物質に対して過敏症の方はご参加いただけません。 |

|  |
| --- |
| 備考 |

　　　　　ご施設・診療科名：

　医師名：

　 電話番号：

メールアドレス：