

FAX 送信前に電話にて送信する旨のご連絡をお願いいたします。 TEL: 0263-37-2661

FAX 0263-37-3082

受付時間 9:00~17:00(土日祝日は除く)

前立腺肥大症の過活動膀胱症状に対する α_1 受容体遮断薬・抗コリン薬併用療法に関する臨床試験(TAABO)

TAABO 試験初期登録票 (1/3)

※印は必須です。必ずもれなくご記入下さい。

ご施設名	担当医師名
※	※
TEL 番号	登録結果返信先 FAX 番号
※	※

— 登録時注意事項 —

- 1) 選択基準、除外基準に抵触する症例は、登録できません。
- 2) 必須項目は、全てご記入下さい。
- 3) FAXによる登録結果の返信がない場合は、お手数ですがご連絡下さい。(TEL:0263-37-2661)

患者背景

同意取得日	※	年 月 日	年 齢	※	才
体 重		kg	診療区分	※	入院 外来
合併症	※	なし あり			
		↓「あり」の場合は下から分類を選択(複数選択可)			
	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	脳性疾患	
	<input type="checkbox"/>	脊髄性疾患	<input type="checkbox"/>	腎性疾患	
	<input type="checkbox"/>	その他泌尿器科に関連する疾患	<input type="checkbox"/>	その他	
	※その他にチェックを入れた場合は下に具体的内容をご入力下さい。				
既往歴	※	なし あり			
		↓「あり」の場合は下から分類を選択(複数選択可)			
	<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	脳疾患	
	<input type="checkbox"/>	脊髄疾患	<input type="checkbox"/>	腎疾患	
	<input type="checkbox"/>	その他泌尿器科に関連する疾患	<input type="checkbox"/>	その他	
	※その他にチェックを入れた場合は下に具体的内容をご入力下さい。				

TAABO 試験初期登録票 (2/3)

※印は必須です。必ずもれなくご記入下さい。

既往治療歴	(1)	治療法	
		治療期間	年 月 → 年 月
	(2)	治療法	
		治療期間	年 月 → 年 月
	(3)	治療法	
		治療期間	年 月 → 年 月
	(4)	治療法	
		治療期間	年 月 → 年 月
	(5)	治療法	
		治療期間	年 月 → 年 月

検査項目※ ※: 必須項目 これらのデータがないと先へ進めませんので、必ず実施して記入下さい。その他の項目は可能ならば実施下さい

前立腺容積		mL	尿流検査(自排尿量)	※	mL
尿流検査(Qmax)	※	mL/秒	尿流検査(Qave)	※	mL/秒
残尿測定	※	mL	血圧(拡張期)		mmHg
血圧(収縮期)		mmHg	脈拍数		/min

国際前立腺症状スコア (I-PSS) ※ ○をご記入ください。 合計 8 点以上が登録可能基準
(ただし、尿意切迫感を有する患者)

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか	全くない	5回に1回の割合より少ない	2回に1回の割合より少ない	2回に1回の割合くらい	2回に1回の割合より多い	ほとんどいつも
この1ヶ月の間に、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この1ヶ月の間に、尿をしてから2時間以内にもう一度しなくてはならないことがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この1ヶ月の間に、尿をしている間に尿が何度もとぎれることがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この1ヶ月の間に、尿を我慢するのが難しいことがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この1ヶ月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この1ヶ月の間に、尿をし始めるためにお腹に力を入れることがありましたか ※	0	1	2	3	4	5

	0回	1回	2回	3回	4回	5回
この1ヶ月の間に、夜寝てから朝起きるまでに、ふつつ何回尿をするために起きましたか ※	0	1	2	3	4	5

国際前立腺症状スコア: 点

TAABO 試験初期登録票 (3/3)

※印は必須です。必ずもれなくご記入下さい。

QOL スコア※ ○をご記入下さい。 2点以上が登録可能基準

	とても満足	満足	ほぼ満足	なんとも いけない	やや不満	いやだ	とても いやだ
現在の尿の状態がこのまま変わらずに続くとしたら、 どう思いますか ※	0	1	2	3	4	5	6

QOL スコア： 点

選択基準 I ※ いずれかに○をご記入下さい。

1) 年齢が 50 歳以上で同意能力のある患者		
2) 基本評価ならびにその他の診断法により前立腺肥大症と診断される患者		
3) IPSS \geq 8(ただし、尿意切迫感を有する患者)、QOL index \geq 2 以上の患者		
4) 最大尿流率 $<$ 15ml/s(ただし、排尿量 150ml 以上が望ましい)の患者		
※ 上記の選択基準を満たしていますか？	はい	いいえ

除外基準 I ※ いずれかに○をご記入下さい。

1) 過去に排尿障害治療として α_1 受容体遮断薬の投与を受けた患者		
2) 排尿機能に影響を及ぼすと考えられる薬剤を服用中の患者		
3) PSA あるいは直腸診により前立腺癌を疑われる患者		
4) 神経因性膀胱を疑われる患者		
5) 尿道狭窄を有する患者		
6) 前立腺肥大症に関する前治療歴のある患者		
7) 骨盤に放射線療法を実施した患者		
8) 慢性細菌性前立腺炎あるいは活動性の尿路感染症を有する患者		
9) 尿路感染症(前立腺炎、膀胱炎等)、尿路結石(尿管結石、尿道結石、膀胱結石等)、間質性膀胱炎を合併する患者		
10) 間歇的自己導尿を実施している患者		
11) 重篤な肝機能障害、腎機能障害、心疾患のある患者		
12) 起立性低血圧のある患者		
13) 幽門、十二指腸又は腸管が閉塞している患者		
14) 胃アトニー又は腸アトニーのある患者		
15) 緑内障の患者		
16) 重症筋無力症の患者		
17) その他、研究責任者または研究者が不相当と判断した患者		
※ 上記の除外基準に抵触していますか？	いいえ	はい