

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: 0120-388-512

FAX 0120-011-257

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 割付登録票 (1/2)

※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※	
症例番号(管理番号) ※	TEL 番号※	割付結果返信先 FAX 番号※	
—			

— 割付時注意事項 —

- 1) 被験者さまの初期登録をインターネットにて事前にお済ませ下さい。
- 2) 選択基準、除外基準に抵触する症例は、割付できません。
- 3) 必須項目は、全てご記入下さい。
- 4) 30分以内にFAXによる割付結果の返信がない場合は、お手数ですがご連絡下さい。(TEL:0120-388-512)

国際前立腺肥症状スコアIPSS (8週目来院時) ※ ○をご記入下さい。

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

QOLスコア※ ○をご記入下さい。

	とても満	満足	ほ満足	ぼ満足	なんともいえない	や不満足	や満足	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		

TAABO 試験 割付登録票 (2/2)

※印は、必須です。必ずもれなくご記入下さい。

症例番号(管理番号)※
—

割付時 排尿日誌※ (8週目来院時 直前3日間) 直近3日間のうち2日間は必須項目

調査開始日※	2006 年 月 日		
	尿意切迫感	昼間排尿回数	夜間排尿回数
1日目※	回	回	回
2日目※	回	回	回
3日目	回	回	回

選択基準※ いづれかに○をご記入下さい。

1) 24時間の排尿回数が平均8回以上の患者で、かつ、少なくとも1回の尿意切迫感を有する患者		
上記の基準を満たしていますか?※	はい	いいえ

割付時 検査項目※ (8週目来院時) 必須項目があります。ご注意下さい。

前立腺容積	mL	尿流検査(自排尿量)※	mL
尿流検査(Qmax)※	mL/秒 ($<5\text{mL/秒}$ は除外基準に抵触します)	尿流検査(Qwave)※	mL/秒
残尿測定※	mL (100mL 以上は除外基準に抵触します)	血圧(拡張期)	mmHg
血圧(収縮期)	mmHg	脈拍数	/min

除外基準※ いづれかに○をご記入下さい。

1) $Q_{\max} < 5\text{mL/秒}$ の患者		
2) 残尿量が 100mL 以上の患者		
上記の除外基準に抵触していますか?※	いいえ	はい

服薬情報 (8週目来院時) 任意項目です。 いづれかに✓をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> ほとんど毎日服用している (75%以上)
<input type="checkbox"/> 半分以上は服用している (50%以上、75%未満)
<input type="checkbox"/> 半分以上、服用していない (50%未満)