

悪性黒色腫患者を対象としたインターロイキン12発現型遺伝子組換え単純ヘルペスウイルス1型の第I/II相臨床試験

設問(全て回答必須)	ご回答
1:悪性黒色腫(メラノーマ)と診断されていますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
2:悪性黒色腫の腫瘍は現在、皮膚・皮下または皮膚から触れるリンパ節にありますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
3:画像検査や診察で、再発している、もしくは転移が見つかったと医師に言われていますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
4:手術ですべてを取り切れないと医師に言われていますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
5:悪性黒色腫に対して、これまで化学療法や免疫療法による治療を受けましたか(継続も含む)？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
6:脳あるいは脊髄に悪性黒色腫の腫瘍はありますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
7:悪性黒色腫以外のがんに対し治療を受けたことがありますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
8:悪性黒色腫以外のがんに現在罹患していますか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
9:現在の年齢は20才以上ですか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
10:ほぼ介助なく日常生活が可能ですか？	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
11:治療を希望する施設をお選びください。 ①信州大学医学部附属病院 ②東京大学医科学研究所附属病院	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②

登録者情報

メールアドレス(必須)	<input type="text"/> (半角英数字) 【携帯電話メールアドレスの場合】 事務局からは電話あるいはメールにてご連絡させていただきますので、必ず <@umin.ac.jp>からのメールを受信できるように設定下さい。
メールアドレス確認(必須)	<input type="text"/> (半角英数字)
ご記入者氏名(必須)	<input type="text"/>
ご記入者の患者との関係(必須)	<input type="text"/>
患者氏名(必須)	<input type="text"/>
電話番号(必須)	<input type="text"/>
備考 (※最大3000字程度まで)	<input type="text"/> 現在までの悪性黒色腫に対して受けた治療、経過、現在の患者さまの様子などをわかる範囲で簡単にご記入ください。 主治医からの問い合わせの場合は、主治医のおなまえと連絡先をこちらにご記入下さい。