

To: 埼玉インクレチン研究会 SPAN-S 研究事務局

FAX:049-276-1429

受付時間 月～金 9:00～17:00 (土・日・祝日受付不可)

SPAN-S 症例登録・割付票

対象患者選択基準

- 1) HbA1C が 6.5%以上で 8.0%以下の患者。
- 2) GAD 抗体陽性 (1.5U/ml 以上) で空腹時血清 CPR が 1.0 ng/mL 以上の患者。
- 3) 罹病期間が 6 ヶ月以上で 5 年以内の患者。
- 4) 20 歳以上で 80 歳未満の患者。
- 5) 経口血糖降下薬としてビグアナイド薬服用中の患者は対象とするが、スルホニル尿素薬、 α -グルコシダーゼ阻害薬、速効型インスリン分泌促進薬(グリニド薬)、ピオグリタゾン、DPP-4 阻害薬については、登録前 2 ヶ月間はそれらの薬剤を服用していない患者を対象とする。
- 6) インスリン注射による治療を行っていない患者。
- 7) リラグルチド注射による治療を行っていない患者。

登録日(送信日)	20	年	月	日
患者イニシャル(姓・名)	.			
年齢	歳			
性別	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性	
ビグアナイドの投薬	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
HbA1c	%			
抗 GAD 抗体	U/ml			

施設名			
担当医師			
連絡先 FAX 番号		連絡先電話番号	

割付情報 (割付後、この用紙にて、下記をチェックして返信いたします。)	
割付群	<input type="checkbox"/> シタグリブチン群 <input type="checkbox"/> ピオグリタゾン群
研究患者番号	—

※送信後、しばらくして事務局から薬剤割付の FAX およびメール(施設代表医師宛)が返信されます。返信がない場合には、下記にメールにてご連絡ください。

SPAN-S 研究事務局 : awata@saitama-med.ac.jp