**ASA-IN研究　追跡調査ご協力のお願い**

XXXX病院

XXXX先生御侍史

いつもお世話になり、ありがとうございます。

貴院にてご加療頂いておりますXXXX様ですが、当院主導の臨床研究(ASA-IN研究)にご参加頂いております。1年に1回の追跡調査が必要となっており、ご協力賜りたくご連絡させて頂きました。お忙しいところ大変申し訳ありませんが、臨床イベントのチェックのみで数分で終わる内容ですので、何卒ご協力をお願い申し上げます。御不明な点などありましたらいつでもご連絡ください。今後とも何卒よろしくお願い致します。

※ASA-IN研究…血行再建の適応とならない慢性冠症候群(安定狭心症)の患者さんに対するアスピリン投与の有効性/安全性を検討する研究。1年に1回臨床イベントの追跡を行っております。

記載頂きましたら、同封の返信用封筒でご返送お願い申し上げます。

京都大学医学部附属病院　循環器内科

山本　絵里香

TEL: 075-751-4254

FAX: 075-751-3289

Email: erktmmt@kuhp.kyoto-u.ac.jp

患者様氏名　XXXXX(生年月日: XX年XX月XX日)

アスピリン(投与群・非投与群)

以下の項目のご記入をお願い致します。

●最終外来受診日(　　　年　　月　　日)

●死亡(あり・なし)

　→ありの場合、死亡日時(　　　年　　月　　日)

　　死因(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

●イベント(あれば□にチェックお願いします。)

□心筋梗塞

□急性冠症候群(心筋梗塞/不安定狭心症)による入院

□心不全による入院

□脳卒中

□出血性合併症

□癌

□カテーテル治療(冠動脈・末梢血管)

□重症下肢虚血

※上記イベントありの場合、わかる範囲で結構ですので、発症日・入院/治療された病院、転帰を記載ください。

●内服について(あれば□にチェックお願いします。)

□アスピリンの(開始・中止)

□アスピリン以外の抗血小板剤の開始

□抗凝固薬(DOAC・ワーファリン)の開始

※上記ありの場合、わかる範囲で結構ですので、開始(中止)の日時、理由(例：心房細動、下肢静脈血栓症等)をご記載ください。

調査は以上です。ご協力誠にありがとうございました。