

- ⑧ タンクの集荷が終了したら、FAX(書式 28, P110)にて移植施設へ伝票番号と到着予定時刻を知らせ、到着後返送してもらう。
- ⑨ タンクの出庫リスト(書式 29, P111)に出庫日、タンク No、手術日を記入し、担当者がサインする
- * 出庫作業は必ず 2 人以上で行う。
 - * 関東圏内であれば、21 時までに出庫すれば、翌日の午前中より到着が可能である。
 - * 北海道、九州、沖縄地区などは配達までに 2 日間かかるため余裕を持ってタンクを発送する。
 - * 搬送用タンクの在庫状況を常に把握し、冬場などの供給依頼の増加が予想される時期は早めに連絡し、返却してもらう。

D-3. 搬送用タンク返却

搬送用タンクが返却されたら書類のファイリングを行う。また、返却について移植施設より問い合わせがある場合があるので、返却方法について説明する。

1) 搬送用タンク返却

① アログラフトを全て使用した場合

- (1) 搬送用タンクが移植施設から返却される。
- (2) 搬送用タンクを開け、中からラックを取り出し、全て使用しているか確認する。
- (3) 返却書類を取り出す。

② 使用しなかったアログラフトがある場合

- (1) 移植施設から使用しなかったアログラフトがあるという連絡が入る。
- (2) 液体窒素 5l を補充して頂き、搬送用タンクを返却してもらう。確実にタンクを受け取れるようにすること。
- (3) タンクが返却されたら、使用していないパックの LOT No、部位を確認し、保存タンクへ戻す。その際に、2 人以上で作業を行い、ダブルチェックを行う。
- (4) 返却書類を確認する。

2) 返却書類のファイル

返却された書類をレシピエントファイルにファイルする。

3) タンク出庫リスト

タンク出庫リストファイルに返却日を記載し、確認者がサインする。

D-4. 副作用、有害事象の検討

返却された書類を確認し、問題点などが合った場合には、随時検討を行う。また、移植後の経過報告の連絡を行う。

1) シッピングクオリティ調査の検討

返却されたシッピングクオリティ調査用紙を確認し、有害事象がなかったか確認する。

有害事象が記載されていたならば、内容を検討し、場合によっては移植施設へ直接問い合わせる。

2) Result Report の検討

① 2週間と4週間後の移植後の報告が書かれたレポートが移植施設から返却されてくる。

② 有害事象がないか確認し、レシピエントファイルにファイルする。

3) 移植後の経過報告

移植後3ヶ月の経過報告をしていただく旨のFAXを移植施設の担当医師へ送る。

返送後は副作用、有害事象がなかったかを確認しファイルする。

送付は原則として月末に行う。

* 返却された書類をファイルしたら、表紙の当てはまる書類の欄に担当者がサインを行う。

E. クォリティアシユアランスとクォリティコントロール

E-1. 環境の管理	263
E-2. 採取器材の管理	264
E-3. 保存室の管理	266
E-4. 保存器材の管理	267
E-5. 保存タンクの管理	268

E-1. 環境の管理

同種皮膚の保存や供給を行う際に、限りなく汚染を防ぐように組織を扱う担当者の状態管理から、器材までの環境の管理を、管理者の下、常に確認して行わなければならない。

1) 個人の健康管理

同種皮膚保存作業や、同種皮膚供給作業を行う際には、健康管理記録(書式 30,P112)、衛生管理記録(書式 31,P113)の項目を確認し、問題がない場合に行う。問題がある場合には、管理責任者の判断の下、作業を控えるなど適宜対応する。

2) 在庫の管理

同種皮膚の採取、保存に使用する物品や薬品が常に不足しないように、在庫管理表(書式 32,P114)に則り、定期的に在庫確認を行う。在庫が不足している場合には、速やかに仕入れ業者(表 5,P165)に連絡し、購入する。

3) 記録データの管理

同種皮膚保存並びに出庫の記録は、それぞれ Power Mac G4 並びに SONY VAIO の該当するデータファイルに入力する。また、データは第三者から見られないように、インターネットに接続していない環境かつパスワード保護を行うようにしておかなければならない。

4) 採取器材の管理

同種皮膚採取の要請があった場合に、直ぐに出動できるよう、器材の準備を行う。詳細については、E-2を参照のこと。

5) 保存器材の管理

同種皮膚保存を行う際に、不足の物品が無いように、在庫の管理を行う。詳細については、E-3を参照のこと。

6) タンクの管理

保存タンク並びに、搬送用タンクの状態管理を常に行う。詳細については、E-4を参照のこと。

E-2. 採取器材の管理

組織提供の連絡があった際に、いつでも採取が可能な状態を維持する為に、採取器材の在庫確認、滅菌期限の確認を管理者の下、管理しておかなければならない。

1) 移植センターに常備している採取器材

移植センターにて管理している採取器材は、同種皮膚採取器材、角膜採取器材、同種骨採取器材の3種類ある。同種皮膚採取器材は院内のみではなく、院外における同種皮膚採取の際にも使用を行う。しかし、角膜採取器材並びに同種骨採取器材については、院内での提供時にのみ使用する。

これらの器材が常に使用できる状態にあるよう、管理を常に注意して行わなければならない。

2) 同種皮膚採取器材の管理

同種皮膚採取器材は、いつでも使用出来るように組んでいる完全セットが1セットあり、その他に予備セットが1セット、携帯用の簡易セットが1セットの計3セットを常に準備しておくようにする。その他、器材の在庫状況などにより、予備セット:1セット、遠隔地セット:1セットを追加で準備しておくが良い。

採皮器材を準備する際、採皮物品リスト(書式14,P95-96)と滅菌チェック表(書式15,P97)を用いて、採皮器材に含まれている器材の個数並びに、滅菌の期限を確認出来るようにする。

また、採皮器材を入れている衣装ケースに、その中に含まれている機材が何か明確にわかるように採皮セット物品表(資料23,P159-161)を貼付しておく。

採皮器材は、手技の検討により適時変更される為、採皮物品リスト(書式14,P95-96)並びに採皮セット物品表(資料23,P159-161)は随時更新する必要がある。

器材の作成は、常に2名で行い、器材の不足などが無いようにダブルチェックを行う。滅菌中などにより機材が不足している場合は、その旨を滅菌チェック表(書式15,P97)に記載する。

滅菌期限は3ヶ月と定められている為、滅菌期限を越えていないか、定期的に在庫の物も合わせて確認を取る。滅菌が切れていた場合には、速やかに再滅菌を行い、新しい物を入れるようにする。

3) 角膜採取器材

角膜採取器材は、杏林アイバンクが角膜採取を行う際に使用する。他のアイバンクが角膜採取を行う場合は、それぞれのアイバンクが採取セットを持参する為、

準備をする必要はない。

移植センターでは、角膜採取セット並びに強角膜切片作成セットをそれぞれ 1 セットずつ常備している。通常、角膜採取の際には、杏林アイバンクの摘出医がアイバンクで準備している器材を持って来る為、移植センターより器材を使用することはない。しかし、採取器材の滅菌などが間に合っていない時などに、移植センターのセットを使用する可能性がある為、滅菌期限のチェックを行っておく必要がある。

強角膜切片作成セットについても同様である。

4) 同種骨採取器材

同種骨採取器材は、移植センターでは 2 セット常備しており、それぞれ「緑色」と「黄色」のテープで色分けしている。採取器材の使用は杏林大学の整形外科医師が行うが、管理は移植センターが行う。

角膜採取器材と異なり、整形外科には同種骨採取器材は常備していない為、採取の際には必ず移植センターにある器材を使用する。その為、滅菌期限などについて注意する。

5) 採取器材の点検

採取器材は、採取時に故障が起きないように、定期的に点検を行う必要がある。下記に記している物以外でも、滅菌袋の破損など、点検を行う。

不都合などが生じている場合には、修理や交換など、適宜対応する。

衣装ケース	破損はないか、蓋をしっかりと閉じる事が出来るか
トランク	破損はないか、トランクを閉じる事が出来るか
セッシ	錆びていないか、皮膚をしっかりと保持できるか
クーパー	錆びていないか、切れ味は悪くないか
デルマトーム	動きは鈍くないか、電源がしっかりと入るか、刃の固定は甘くないか
ローターポンプ	皮下注チューブをはめられるか、電源がしっかりと入るか、ソルラクトを送ることができるか
皮下注用チューブ	途中に液漏れなどないか、針の保持具に破損はないか

E-3. 保存室の管理

同種皮膚保存室では、環境維持の為に、温湿度の確認、定期的な清掃を常に行うようにしなければならない。

1) 入退室の確認

保存室へ入室する際には、入退室チェック表(書式 33,P115-116)に入室日時と目的、入室者を明記する。退室時も同様に記載する。

また、始業時と終業時に保存室内及び保存タンクの状況を確認し、確認者名並びに確認時刻を記載しておく。

2) 温湿度管理

保存室の状況を一定に保てるように 24 時間計測可能な温湿度測定器を設置する。温湿度のデータは、月の始めに集計し、グラフにて印刷した物をファイリングする。

温湿度データの集計後は、それぞれの説明書に従い、再度データ集計を行えるようにデータ消去を行い設置する。

3) 保存室の清掃

保存室の清掃は、毎週金曜日に定期的に行う。保存室の清掃では、採取・保存器材の確認や、手術室の清掃も含めて行う。

4) 細菌汚染度の点検

保存室並びに、クリーンベンチなどが細菌に汚染されていないか半年に一度点検を行う。点検方法は、下記の10箇所において、フードスタンプを使用し、細菌の検出量を調べる。

場所	詳細	
皮膚洗浄用 クリーンベンチ	壁面の中央 左右のテーブルの中央に1箇所ずつ	計3箇所
パックシーラー用 クリーンベンチ	壁面の中央 テーブルの中央	計2箇所
保存室(清潔区域)	クリーンベンチの間の壁 クリーンベンチとプログラミングフリーザーの間の壁 皮膚洗浄用クリーンベンチの下	計2箇所
存室(不潔区域)	入り口 No. 6の保存タンク上の壁	計2箇所

E-4. 保存器材の管理

同種皮膚の保存に使用する器材は、保存にのみ使用する物と、採取器材と兼用して使用する物がある。その為、皮膚提供が重なると、在庫不足となる場合が多い為、同種皮膚保存の際に使用する物品の在庫並びに滅菌期限について、注意する必要がある。

1) 採取器材と保存器材

以下に示す物は、採取・保存の両方に使用する為、在庫数の確認に特に注意が必要である。

	保存時	採取時
セッシ	3本	4本
クーパー	1本	1本
ボール	3個	3個
カップ	採皮部位数+(3~4個)	採皮部位数
GIT	140~280ml	500ml(1本)
グリセリン	40~80ml	1~2本
生理食塩水	採皮部位数×1.5	最大9本

2) 保存器材の在庫管理

同種皮膚保存が常に行えるように在庫の管理を定期的に行わなければならない。同種皮膚の保存では、採取術と異なり、抗生剤などの薬品なども使用する為、冷凍・冷蔵など保管場所に注意する。

物品の購入については、在庫表(書式 32,P114)のもと、常に一定の量が確保出来るように行う。

3) 保存器材の点検

保存を行う際に、クリーンベンチ、パックシーラー、そしてプログラミングフリーザーなどの機械を使用する為、それぞれ使用する際に故障がないよう、定期的に点検を行う。

クリーンベンチ	フィルターが汚れていないか、殺菌灯は点灯するか、エアーの換気がされるか
パックシーラー	吸気・吸水が行えるか、熱線処理がしっかり行えるか
プログラミングフリーザー	電源は入るか、プログラムが作動するか、液体窒素タンクに破損などないか

E-5. タンクの管理

保存タンクには、同種皮膚が凍結状態で保管している保存タンクと、同種皮膚供給の際に使用する搬送用タンクの2つがある。それぞれ、タンクの破損や不足部品など、状態把握に努めるようにしなければならない。

1) 保存タンクの管理

保存タンク内は、液体窒素により -196°C に近い状態で温度が維持されている。液体窒素は、タンク内に充填されると液状から気体に変化し、全体を均一に冷却する。その為、タンクの蓋を開ける事により気体が流出し、容量が減る事により、温度が上昇することとなる。

そのような温度変化を逐次確認する為に、24時間365日計測可能な温度測定器並びに、付属の温度計を用いて、温度管理を行っている。また、温度変化の要因を確認する為に、タンク使用の際には、保存タンク管理表(書式34,P117)に使用目的、使用日時を記載し、使用者の署名をした上で、開閉を行う。

2) 保存タンクの液体窒素補充

液体窒素の補充はユニオンメディカルが定期的に行う事となっている。感染症等が陽性であるデッドストックが入っているタンクには、定期的に液体窒素の補充がされない為、始業時のタンクチェックの際に、保存タンク用定規にて液量を測り、4メモリを下回っている場合には、ユニオンメディカルへ連絡し、10Lを追加してもらう。

3) 搬送用タンクの管理

搬送用タンクは4個しか常備していない為、在庫に注意が必要である。また、搬送用ラックは、保存タンクのラックが埋まった際に使用することがあるため、ラックの使用数に注意する。

搬送用タンクは、液体窒素を入れることにより、庫内を -150 度の状態に維持した状態のまま遠隔地まで郵送する為、輸送箱の破損、タンクの破損などがないか必ず確認した上で、使用を行わなければならない。

破損が見られた場合には、使用を速やかに中止し、修理もしくは破棄する。

F. 杏林大学における業務

- F-1. ドナー情報の対応 270
- F-2. 皮膚供給 272

F-1. ドナー情報の対応

院内からの第一報は、救命救急センター(以下、TCC と略す)又は病棟の医師より移植センターへ入る。

1) 情報収集及び一次評価

主治医に面会し、情報収集及び一次評価を行う。

2) オプション提示及び提供意思の確認

その時点で提供可能な臓器・組織を説明し、提供の意志確認を行う。確認後、意志があるならば臓器・組織の各バンクへ連絡を入れる。

①腎臓の提供がある場合

(1) 移植センターもしくは主治医より JOT へ連絡を入れる

(2) JOT より臓器移植 Co が派遣され、病院到着次第今後の流について打ち合わせを行う

以下、A-11-1) - ③～⑦と同様。

②脾臓の提供がある場合

(1) 移植センターより脾臓事務局へ連絡

(2) 対応可能か、到着がいつ頃になるのか確認し、IC に入れるか調整する

③心臓弁・血管の提供がある場合

(1) 移植センターより東大組織バンクへ連絡

(2) 対応可能か、到着がいつ頃になるのか確認し、IC に入れるか調整する

④皮膚の提供がある場合

(1) JSBN にて対応

(2) 承諾が得られた場合、院内での採皮になるため、採皮医師の確保を行う

⑤骨の提供がある場合

(1) 杏林大学 骨バンク(整形外科) 小谷医師(PB:11-280)へ連絡

(2) 対応出来るか確認

(3) 対応が可能ならば、骨のオプション提示を行う旨を伝える

(4) 承諾を頂いた場合の連絡先などの確認をする

⑥角膜の提供がある場合

(1) 杏林大学 アイバンク(アイセンター) 斎藤医師(PB:11-333)へ連絡

(2) 対応できるか確認。

(3) 対応が可能ならば、骨のオプション提示を行う旨を伝える

(4) 承諾を頂いた場合の連絡先などの確認をする

3) IC

各担当者がそろったら、内容が重複しないように打ち合わせを行い、家族に IC を行う。また、状況に合わせて IC を行う人数の調整をする。

4) 手術室の準備

承諾が得られたら TCC 地下1階の手術室の準備を行う。手洗い用ブラシ、手拭タオル、更衣室の準備を行う。

腎臓提供がある場合、手術室にあるカニューレションセットにて術前処置を行う。

5) 摘出手術

提供する臓器・組織により通常通りの順番で摘出を行う。採皮物品は採皮セットを崩さずに、在庫棚から使用する。採皮に関しては A-5-7)を参照。

骨、及び角膜摘出のコントロールも移植センターの Co が行う。

6) お見送り

主治医との打ち合わせのもと、お見送りする。

- * 手術室は摘出専用のため、メコノムシートを敷くなど手術室はいつでも対応出来るように準備しておくこと。
- * 物品や滅菌物のチェックを適宜行うこと

F-2. 皮膚供給

院内への皮膚供給は、院外への供給と異なり、通常の搬送用タンクを使わずに杏林用小タンクにて行う。また、供給のみならず、熱傷手術に立会い皮膚の解凍作業も行う。

1) Recipient Information Sheet の確認

TCC の医師より移植センターへ皮膚供給の依頼が入ったら、担当医師に Recipient Information Sheet を記載してもらおう。手術日、開始時刻、枚数の確認を行い、皮膚の到着希望時刻を聞く。通常、手術開始時刻から約 1 時間後に皮膚を中央手術室に搬送する。

2) 植皮承諾書

事前に主治医から植皮術の承諾書を頂いているので、それを植皮承諾書とする。承諾書はカルテに挟まれているので、熱傷センターより借りて、コピーする。承諾書のコピーは皮膚供給後に行っても良い。

3) 皮膚搬送

搬送には搬送用タンクを使わずに、手持ち用の小タンクにて運ぶ。ユニオンメディカル(内線 *354)へ連絡し、液体窒素を3L 入れてもらう。緊急の場合は、予備の液体窒素タンク(10L 充填)より約3L 入れ、後日連絡し充填しておく。

不足の場合を考慮し、皮膚の枚数は依頼された枚数より若干多く持つていく。それでも不足した場合には、移植センター(内線 4061)へ連絡し、追加分を持つてきってもらう。

4) 手術室入室

熱傷手術は中央手術室にて行われる。入室は手術室の更衣室にある「青色」の術衣にて入室する。入室後、手術予定表にて熱傷手術が行われている室番を確認する。

5) 解凍作業

入室後、執刀医に皮膚到着の旨を知らせ、解凍の時期を確認し、解凍を行う。

解凍は 37℃の温水にて急速解凍を行う。流水にて、パックを揉み解すようにし、解凍する。持参したパックを全て解凍するのではなく、手術の進行具合を把握しつつ、必要な枚数のみを解凍する。

6) 返却作業

皮膚を全て使わずに残った場合には、通常の返却作業と同様に、保存タンク内へ戻す。

7) フォローアップ

手術終了後に担当医師に皮膚受領書の記載をしてもらう。また、Result Reportに必要事項を記載し、カルテに挟んでおき、2週間後、4週間後に植皮状態を主治医に記載してもらう。

また、熱傷カンファレンス(毎週水曜日 17:00～)に参加し、その後の様子を確認する。

書式一覧

- 書式1 ドナー情報用紙
- 書式2 組織提供承諾書
- 書式3 Skin Bank Time Table
- 書式4 派遣人員リスト
- 書式5 Donor Skin Procurement Sheet
- 書式6 皮膚組織採取時チェックリスト
- 書式7 出張採皮証明書
- 書式8 感謝状
- 書式9 保存報告書
- 書式10 活動報告書
- 書式11 Donor Information Sheet
- 書式12 Donor Skin Preservation Sheet
- 書式13 凍結皮膚保存表
- 書式14 採皮物品チェックリスト
- 書式15 滅菌期限チェック表
- 書式16 Recipient Information Sheet FAX 送信用紙
- 書式17 Recipient Information Sheet
- 書式18 送付書類リスト
- 書式19 植皮承諾書
- 書式20 植皮説明書
- 書式21 送付物品リスト
- 書式22 シッピングのクオリティーに関する追跡調査
- 書式23 Allograft Result Report
- 書式24 ドライシッパー (CMD) の搬送に関する安全証明書
- 書式25 皮膚受領書
- 書式26 FAX 送付のお願い
- 書式27 Recipient File
- 書式28 発送連絡用 FAX
- 書式29 タンク出庫リスト
- 書式30 健康管理記録
- 書式31 衛生管理記録
- 書式32 在庫管理表
- 書式33 皮膚保存室管理表
- 書式34 タンク使用状況チェック表

ドナー情報用紙 No.1

ドナー情報用紙		NO.1
第一報受信 _____年 月 日 時 分 (JOT _____ 提供病院 _____)		
提供病院		
情報提供施設 _____		
住所 _____		
TEL _____		
診療科名 _____		主治医 _____
ドナーについて		
ドナー候補者名 _____		(M・F)
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生 歳
住所	TEL _____	
原疾患・死因	_____	発症日 年 月 日
既往歴 _____		
海外渡航歴 有・無 (_____)		
経過		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
家族構成		
_____ _____ _____ _____ _____		

同意プロセス

NO.2

カードの有無	<input type="checkbox"/> 有	番号 1 2 3 ()
	<input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 行方不明	<input type="checkbox"/> その他()
家族へのオプション提示		
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家族からの申し出	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 担当者によるアプローチ	(病院スタッフ Co. その他())
反応		
Key Person	<input type="checkbox"/> 賛成	<input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 決定に至らず <input type="checkbox"/> 反応なし
Key Person 以外	<input type="checkbox"/> 賛成	<input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 決定に至らず <input type="checkbox"/> 反応なし

臨床的脳死診断

有・無 1回目: 月 日 時 分 2回目: 月 日 時 分

自発呼吸	消失	自発あり
脳波	消失	脳波あり 施行せず
ABR	消失	波あり 施行せず
脳幹反射	施行	施行せず
	対光()	角膜() 毛様脊髄() 眼球頭()
	前庭()	咽頭() 咳()

血清学的検査

	入院時	月	日	入院時	月	日
RBC	_____	未	_____	WBC	_____	未
PLT	_____	未	_____	GOT	_____	未
GPT	_____	未	_____	γ-GTP	_____	未
HBs抗原	(-・+・未)	(CLIA、MAT法、)			
HCV抗体	(-・+・未)	(EIA、RIA固相法、)			
HIV-1抗体	(-・+・未)	(EIA、PA、ウエスタンブロット法、)			
HIV-2抗体	(-・+・未)	(EIA、PA、ウエスタンブロット法、)			
HTLV-1抗体	(-・+・未)	(CLIA、PA、FA、ウエスタンブロット法、)			
CMV抗体	(-・+・未)	(EIA、FA、CF、)			
ガラス板法	(-・+・未)					
TPHA	(-・+・未)	(PA、)			
ABO	_____	未	(カラム凝集法、)		
Rh Type D	_____	未	(カラム凝集法、)		
パルボB19	(-・+・未)	(EIA、)			

NO.3

I.C

開始時間: 月 日 時 分 ~ 終了時間: 月 日 時 分

出席者: Fa _____, Co. _____

主治医 _____, Nrs _____

承諾臓器: 心臓 肺 肝臓 膵臓 小腸 腎臓

組織: 皮膚 心臓弁 血管 角膜 骨 膵島

コメント:

ドナーについて

心停止時刻: 年 月 日 時 分

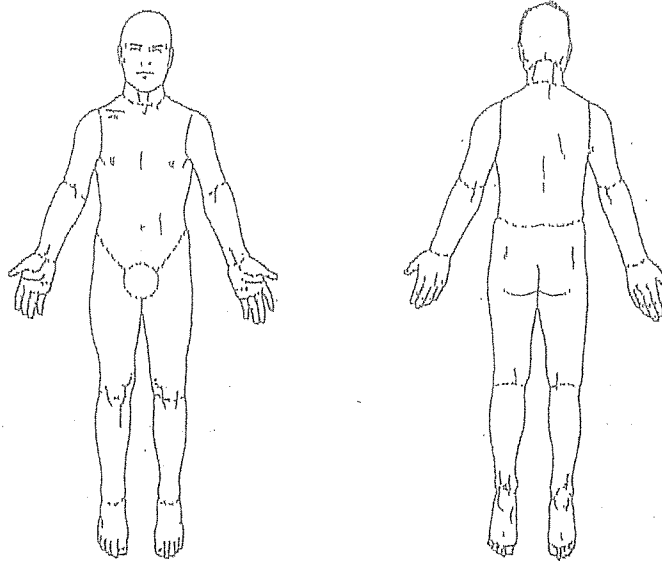
使用禁忌

*チェックすること	有無	有無
①敗血症・菌血症(血液培養陽性)	<input type="checkbox"/>	⑭薬物中毒 <input type="checkbox"/>
②髄膜炎・脳炎	<input type="checkbox"/>	・有毒毒物の服用 <input type="checkbox"/>
③活動性梅毒(TPHA<1280)	<input type="checkbox"/>	・有毒化学物質の皮膚への湿潤 <input type="checkbox"/>
④活動性結核	<input type="checkbox"/>	⑮構造破壊された皮膚 <input type="checkbox"/>
④癲病	<input type="checkbox"/>	⑯軟部組織の外傷 <input type="checkbox"/>
⑤皮膚の感染、皮膚炎	<input type="checkbox"/>	⑰圧迫壊死(褥瘡を含む) <input type="checkbox"/>
⑥その他伝染性疾患	<input type="checkbox"/>	⑱熱傷創または化学熱傷創 <input type="checkbox"/>
⑦ウイルス性肝炎	<input type="checkbox"/>	⑲自己免疫性疾患 <input type="checkbox"/>
⑧AIDS	<input type="checkbox"/>	・膠原病(確定診断された) <input type="checkbox"/>
⑨進行性中枢疾患	<input type="checkbox"/>	⑳死亡原因、死亡時間が不明 <input type="checkbox"/>
・Creutzfeld-Jakob病(CJD)	<input type="checkbox"/>	
⑩悪性疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
⑪悪性腫瘍	<input type="checkbox"/>	↓
・白血病	<input type="checkbox"/>	メディカルダイレクターへコンサルト
・lymphomaなどの血液の癌	<input type="checkbox"/>	↓
・皮膚癌	<input type="checkbox"/>	コンサルト結果
⑫放射線治療中	<input type="checkbox"/>	
⑬化学療法中	<input type="checkbox"/>	

全身評価

NO.4

< 理学的所見を図示 >



理学的所見

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生殖器の潰瘍、ヘルペス、梅毒などの性感染症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 肛門コンジローム等の肛門性交の痕跡 | <input type="checkbox"/> 発赤 |
| <input type="checkbox"/> 注射針跡 | <input type="checkbox"/> 原因不明の黄疸 |
| <input type="checkbox"/> 刺青 | <input type="checkbox"/> () |
| <input type="checkbox"/> カポジ肉腫と思われる青色もしくは紺色の斑点 | <input type="checkbox"/> 異常なし |

皮膚の状態

	異常あり	異常なし	詳細
<後面> 背中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
臀部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
腕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<前面> 胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
腕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____