

見本

評価用 死亡症例

[]にだすとき「届書」
は1枚でけっこうです

①

死亡診断書 (死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かき方で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

	氏名	[]男 []女	生年月日	明治 []昭和 [] 大正 平成	年 []月 []日	午前・午後 時 分
	死亡したとき	平成 18 年 4 月 3 日 午前(午後) 9 時 18 分				
(12)	死亡したところ	死亡したところの種別 1病院 2診療所 3介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他				
(13)	及びその種類	死亡したところ []番地 []番 []号				
(14)	死亡の原因	I (ア)直接死因		発病(発症)	6時間	
		(イ)アの原因		又は受傷から死亡までの期間		
		(ウ)イの原因		◆年、月、日等の単位で書いてください。		
		(エ)ウの原因		ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。(例：1年3か月、5時間20分)		
		II 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等				
	手術	1無 2有	部位及び主要所見	手術年月日	平成 昭和 年 月 日	
	解剖	1無 2有	主要所見			
(15)	死因の種類	1病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火焰による傷害 } 6窒息 7中毒 8その他 その他及び不詳の外因死 (9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因) 12不詳の死				
(16)	外因死の追加事項	傷害が発生したとき	平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市区町村	
		傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ()			
		手段及び状況				
(17)	生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別	妊娠週数		
		グラム	1単胎 2多胎 (子中第 子)	満 週		
		妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)		
		1無 2有 [] 3不詳	昭和 年 月 日 平成			
(18)	その他特に付言すべきことから					
(19)	上記のとおり診断(検案)する 診断(検案)年月日 平成 18 年 4 月 3 日					
	本診断書(検案書)発行年月日 平成 18 年 4 月 3 日					
	(病院、診療所若しくは老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所) []番地 []番 []号					
	(氏名) 医師 []					

生年月日 が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養老老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病型組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後何日」と書いてください。

I欄及びII欄に關係した手術について、術式又はその診断名と關係のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、農舎をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういふ状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

見本

評価用 退院症例

001B01

006/06/19 15:45:18

<p>診療科目 01 第一内科</p> <p>診療日 H18/05/10 09:52</p> <p>入院経路 2 紹介外来</p> <p>退院日 H18/06/01 11:54</p> <p>退院経路 0 外来(自院)</p> <p>病棟 9W 9階西病棟</p> <p>病室 23 / 28 日</p>		<p>来院前機 04 加療</p> <p>使用 0 無し</p> <p>剖検番号</p> <p>重症室</p>	
<p>入院情報(D)</p> <p>回数 1 病歴番号</p> <p>入院日 H18/05/10</p> <p>退院日 H18/06/01</p> <p>在院日数 23 / 28 日</p>		<p>診療情報(D)</p> <p>受領区分 整理済</p> <p>受領日 H18/06/07</p> <p>整理日 H18/06/08</p> <p>最終更新 H18/06/19</p>	
<p>患者情報(E)</p> <p>氏名 〇〇〇</p> <p>生年月日 S10/</p> <p>退院年齢 70Y</p> <p>性別 M 男</p>		<p>退院情報(G)</p> <p>状況 退和予定</p> <p>利用者</p> <p>利用場所</p> <p>利用目的</p>	
<p>医師情報(E)</p> <p>担当区分 〇〇</p> <p>医師コード H18/05/10</p> <p>主治医 〇〇</p> <p>開始日 H18/05/10</p> <p>終了日 H18/06/01</p>		<p>退院情報(D)</p> <p>1 算定区分</p> <p>2 退院時転帰</p> <p>3 DPC退院時転帰</p> <p>4 精袖科入院形態</p>	
<p>疾病情報(C)</p> <p>病態区分 〇〇</p> <p>転帰区分 〇〇</p> <p>併 続 続 続 続 続</p> <p>併 続 続 続 続 続</p> <p>併 続 続 続 続 続</p>		<p>疾病情報(D)</p> <p>1 算定区分</p> <p>2 退院時転帰</p> <p>3 DPC退院時転帰</p> <p>4 精袖科入院形態</p>	
<p>手術情報(C)</p> <p>手術区分 3721</p> <p>手術名称 心臓カテーテル法による諸疾患 (一連の検査にD2061</p> <p>処置量 3722 心臓カテーテル法による諸疾患 (一連の検査にD2062</p> <p>③ 処置量 SPECT E101</p> <p>④ 処置量 心生検</p> <p>⑤</p>		<p>手術情報(D)</p> <p>手術日 H18/05/18 00:00</p> <p>手術時間 H18/05/18 00:00</p> <p>麻酔時間 H18/05/16 00:00</p> <p>出血量 H18/05/18 00:00</p>	
<p>疾病情報(C)</p> <p>病態区分 〇〇</p> <p>転帰区分 〇〇</p> <p>併 続 続 続 続 続</p> <p>併 続 続 続 続 続</p> <p>併 続 続 続 続 続</p>		<p>疾病情報(D)</p> <p>1 算定区分</p> <p>2 退院時転帰</p> <p>3 DPC退院時転帰</p> <p>4 精袖科入院形態</p>	

見本
 評価用 退院症例

[redacted] 第一内科 退院時要約

主治医: [redacted]

【患者】 [redacted] S10. [redacted] 70歳
 入院日 平成 18 年 5 月 10 日 退院日 平成 18 年 6 月 1 日 転帰:当科・第 3 内科 follow

【診断】 #1 肥大型心筋症 #2 二次性ヘモクロマトーシス #3 骨髄異形成症候群
 #4 高脂血症 #5 高尿酸血症 #6 耐糖能異常 #7 変形性脊椎症

【主訴】 心電図異常精査目的

【現病歴】 H13 年頃～肝機能障害などで [redacted] 医院に通院中。平成 16 年頃～下腿の浮腫を自覚するようになった。H17 年夏頃～階段を昇ったときや急いで歩いたときに息苦しさが出現するようになった。安静 5～10 分で消失、増悪なし、平地歩行では症状は出現しなかった。平成 18 年 1 月、内痔核手術で [redacted] 病院に入院した際に ECG 異常を指摘された。当科を紹介され 1/30 受診、ECG・心エコーから HCM が疑われ、精査目的で 5/10 入院となった。(H18 年 1 月～貧血があり、フェジン iv 開始 (2～3A/週)、2 月頃～肝機能悪化あり 強ミノ iv (3～4 回/週) を開始していた。)

【既往歴】 24 歳: appendectomy 50 歳: BPPV H10 頃: Gu H18 年 1 月: 内痔核

【家族歴】 母: 心肥大 (詳細不明、61 歳死亡、死因不明)

【冠危険因子】 HT(-), DM(-), HLP(+)(med(+)), smoking(20 才～30 年間、20 本/日)
 drinking:22～65 歳、焼酎 4～5 合/日

【現症】 156cm, 71.4kg, 腹囲 96cm, PR 68/min(reg.), BP 133/60, cervical bruit(-), struma(-), no murmur, no rales, abd:膨満, flat, no tenderness, bruit(-), 肝脾腎 not palp., PTE(+), 両鼠径 bruit(-), pulsation:good, biceps(+,+), triceps(+,+), PTR(+,+), ATR(+,+), Babinski (-,-), Chaddock (-,-)

【L/D】 WBC 3990, RBC 332, Hb 11.1, Ht 33.0, MCV 99.4, MCH 33.4, MCHC 33.6, Plt 11.0, PTINR 1.15, APTT 30.3, Fib 238, TP 5.8, Alb 3.6, T-Bil 1.1, D-Bil 0.4, ALP 824, GOT 73, GPT 104, LDH 254, γ GTP 112, CK 67, BUN 20, Cre 0.59, UA 3.8, Na 142, K 3.8, Cl 106, Fe 207, UIBC 23, ferritin 12317, ESR 12/31, CRP 0.47, TC 167, HDL 43.9, LDL 106.1, TG 85, Lp(a) 7.7, FBS 91, HbA1c 5.7, IRI 15.24, adrenalin 23, noradrenalin 85, dopamine <10, cortisol 3.47, ACTH 25.4, CA19-9 21, AFP 7, CEA 4.4, FT3 3.01, FT4 0.92, TSH 1.13, PRA 0.70, ald 31.70, ACE 13.9, lysozyme 3.8, sIL-2R 648.0, 1,25-OH2VD 17, hANP 78.0, BNP 235.0, HPT 36, EPO 45.6, V-B12 492, folate 5.3, AMA-2<5, HBV(-), HCV(-), 24hrCcr 119.6, M-Alb 4.9mg/day

【尿】 淡黄清, pH 5.5, prot(-), Sug(±), Occult(-)

【75gOGTT】 (5/17) BS:97-151-183-180-184, IRI:18.60-62.94-76.27-130.60-148.80, HOMA-IR 4.45

【ECG】 HR 60, NSR, PQ 0.14, QRS 0.08, axis:10°, SV1+RV5=13+28mm, I aVLV5-6 q, I aVLV3-6 ST dep.&NegT(V4 6mm), strain pattern

【late potential】 F-QRS 155msec, RMS40 80 μ V, LAS40 23msec → LP(-)

【QT dispersion】 max-min 42msec, SD 13msec → QT dispersion 大きくない

【BX-P】 CTR=15.5/25=62%, L3,4 突出, CP angle:sharp, congestion(-)

【HolterECG】 (5/12) sinus aveHR 64(46-92), PAC 41(PAT max6 連), PVC 2(iso), ST-T change(-)

【TTE】 (5/15) IVS 12, PW 11, LVDd 48, LVDs 29, EF 69, FS 39, LV asynergy(-), global contractionOK, diffuse hypertrophy(特に ant~lat で厚い, 15~21mm), LA dilated, TMF:E/A 1.09, DcT 240, TEI 0.78, e/e' 16.57, FPV 46.9m/s

【骨髄穿刺】 (5/16) Normoplastic marrow, hemochromatosis の影響で siderophage が出現, 各造血系統で displastic change, MDS S/O

【Tc-TF】 (5/16) ①base inferosep~inf/mid inf:low ②mid ant:sl.low

【腹エコー】 (5/17) 脂肪肝、慢性肝障害パターン

【75gOGTT】 (5/17) BS:97-151-183-180-184 IRI:18.60-62.94-76.27-130.60-148.80

001/301

1

見本

評価用 退院症例

【心カテ】(5/18)rt.TFA, A:4F, V:8F, プロスコープ 120cc
《RHC》PCW(12), CO 5.09, CI 2.92 Ao 140/65(100), LV 136/0 EDP 8(HR 70 reg)
《LVG》EF 72.1%, wall motion:n.p., APH(+)
《CAG》#6 50%, 75%, 25% #9 just 75% #12 25% #13 75%, 50% #1 50% #4AV 50%, 75%
《biopsy》中等度の心筋肥大, 一部不規則な樹枝状分岐や錯綜配列を含む構築異常(+), 心筋束幹に斑状の線維化(+), 間質に siderophage が出現しているが著明な鉄沈着像(-)
【腹 CT】(5/22)肝に明らかな異常なし, CT 値は脾とほぼ同様
脂肪肝やヘモクロマトーシスを示唆する所見なし, 胆嚢管結石(+)
【肝生検】(5/24)ほぼ全域に高度の hemosiderin 沈着, 肝細胞の中等度の最適性脂肪化, 線維化軽度
【心 MRI】(5/24)diffuse LVH(+), delayed enhancement(-)
※鉄の沈着は現在精査中

【鑑別診断・問題点】

- #1: 心エコー, LVG, 心筋生検より HCM(APH)と考えられた。心筋生検上は, 典型的な HCM の所見であったが, MRI 上は遅延造影を認めなかった。また, 間質に siderophage が出現していたが, 心ヘモクロマトーシスを示唆するような心筋への鉄沈着はみられなかった。HCM に対し, ヘルベッサーR を開始した。肝機能障害もあることから, 外来で経過をみながら ACE-I/ARB 導入を検討する。CAG 上 75%狭窄があることから, 前医からのフランドルは継続とした。
- #2: 入院時 L/D 上, 肝機能障害があり, ferritin の著明高値を認め, 二次性ヘモクロマトーシスが疑われた。第 3 内科(消化器内科)に consult, 肝生検上, 脂肪肝及びヘモクロマトーシスの所見であった。長期にわたる飲酒歴および肥満の影響による肝障害が base あり, 今回, 前医でのフェジンの過剰投与による二次性ヘモクロマトーシスを来とし, さらに肝機能障害が悪化したものと思われた。汎血球減少を来していたが, 肝硬変には至っていなかった。キレート剤は使用せず, 外来にて経過をみていくこととなった。
- #3: 入院時より L/D 上, pancytopenia があつた。第 3 内科(血液内科)に consult, 骨髄穿刺・生検の結果, MDS の診断となった。高齢であり, 根治治療は困難であり, 保存的治療(輸血・ビタミン剤など)の方針となった。
- #4・#5: コントロールは良好である。退院時より, アロシトールは 2T/2x→1T/1x へ減量した。
- #6: OGTT より IGT pattern であつた。
- #7: 腰痛があり, 整形外科を受診したところ, 上記診断となった。局所ブロック・コルセット・鎮痛剤にて対処することとなった。

次回外来: 6/2 血液内科, 6/16 当科(Dr. [redacted]), 6/19 消化器内科

【内服】

- ① アロシトール(100)1T/1x 朝
 - ② リピディル(100)1C/1x 朝
 - ③ フランドル(20)2T/2x
 - ④ セファドール(25)6T/3x
 - ⑤ パリエット(10)1T/1x 朝
 - ⑥ EPL(250)3C/3x
- (今後外来では①~④は当科より, ⑤⑥は消化器内科より処方予定)


記載者: [redacted]

001B01

平成18年10月27日

協力者各位

日本診療録管理学会
理事長 大井 利夫
国際疾病分類委員会
委員長 川合 省三



厚生労働科学研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに
国際比較の可能性向上に関する具体的研究」についての研究協力をお願い

拝啓 秋晴れの候、時下ますますご清祥の段、お喜び申し上げます。

平素より多大なご支援・ご協力賜り、誠にありがとうございます。

近年、医療機関の機能分析や疾病構造の解析において疾病分類と統計の精度向上が問題になっております。その際に用いられる国際疾病分類（以下ICD-10）は、特定機能病院などにおけるDPCにおいても必須のものであり、その重要度はますます高まっています。しかしながら、ICD-10についてはまだまだ問題があるのが現状です。

当研究では、このICD-10の構造や内容についての問題を拾い出し、各医療機関から国際比較に至るまでの死因統計を含む医療に関する統計の精度向上を図るための研究を行っております。

初年度の昨年は、基礎資料を得る目的で臨床現場である医療機関においてICD-10に関与している医師及び診療情報管理士を対象とした調査に引き続き、本年度は昨年度の調査で回答のあった施設に対し、「死亡例」「退院例」について、実際の診療録に記載された病名・病態と対応するICDコードとの「整合性」を調査し、病名記入上の問題点などを明確にすることを今年度の調査の目的としております。

今回ご協力いただきます内容につきましては、下記のとおりでございます。また取り扱いの遵守を期すため、先般お送りいたしました「研究事業の協力に際しての個人情報保護に関する確認書」にサインしていただき、その同封封筒にてご返送ください。既にお送りいただきました先生はこの限りではございません。

諸事ご多忙と存じますが、ご協力の程、よろしく願いいたします。

敬 具

記

1. 評価結果の送付メ切 11月15日（水）必着のこと
2. 送付内容
 - ①「死亡例」と「退院例」に関する評価の手順
 - ②各施設からの「死亡診断書」「退院時要約」「診療情報管理データ」の入ったCD-R
 - ③評価用シートの入ったフロッピー
 - ④評価済みの評価用シートの入った「フロッピー」と評価後に戻していただく「CD-R」の送付用 EXPACK500

⑤「研究事業の協力に際しての個人情報保護に関する確認書」と返送用封筒

3. 回答・返送の方法 送付した「CD-R」と「評価済みエクセルシート(フロッピー)」を同封の EXPACK500 にて返却と返送のこと ※フロッピー以外に CD-R などでも可

4. CD-R 内の文書を開くには、「パスワード」が必要となります。個人情報を遵守するため、「別便」にて追ってお送りしますのであらかじめご承知おきください。

当研究調査は、全国の対象病院から①今年4月以降の10名の死亡例について、各死亡者の「死亡診断書」「退院時要約」「診療情報管理データ」②今年6月以降の退院した順に、できるだけ異なる診療科から10名の退院患者の「退院時要約」「診療情報管理データ」③院内規約、を提供いただきました。これらはすべて個人情報遵守のために徹底した匿名化をし、PDF化いたしました。

つきまして、処理しましたデータにつき、次のような「評価作業」をお願いさせていただきたく考えております。

1) 死亡例(4月以降)について:死亡診断書に基づく原死因とサマリーから読み取れる原死因の各々のコーディングの比較

2) 退院例(6月以降)について:サマリーの主病名欄の病名、サマリー本文から読み取れる主病名、登録(記載)されたICDコードについて各々のコーディングの比較

なお、今回の評価の集計にあたっては、添付のエクセルシートから直接データを収集しますので、紙への印刷したものに記入するなどの形でなく、直接シートに評価データを入力していただけますようお願い申し上げます。

また、今回の調査に用いました資料は、匿名化されているとはいえ、センシティブな情報を含んだ資料ですので、評価していただいた後は、回収の上、廃棄の予定です。外部への持ち出しやデータのコピーはしないでください。資料の取扱いについては、十分にご配慮いただきますようお願い申し上げます。

以 上

お問い合わせ先;

日本診療録管理学会事務局

担当者:千須和(ちすわ)、星

電 話:03-5215-1044

F A X:03-5215-1045