

2歳以上19歳以下 Page 2 症状

最も大切なページです。下記に留意してお書き込みください

発症の時期            才    西暦            年    月

何歳（もしくは西暦××年××月頃から）××の症状が出現した

診断治療経過も簡単にお書きください

その後の経過もアップデートしていただけますようお願いいたします

現病歴とその後の経過

これまでにこの病気のために起こしたと考えられる症状について、クリックをお願いします。

<input type="radio"/>	嘔吐	回数	回/日	<input type="checkbox"/> 胆汁性嘔吐認める			
		出現日	西暦	年 月 日/生後	歳	月	日
<input type="radio"/>	下痢	回数	回/日	<input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様			
		出現日	西暦	年 月 日/生後	歳	月	日
<input type="radio"/>	体重増加不良や減少	その時の体重		kg			
		出現日	西暦	年 月 日/生後	歳	月	日
<input type="radio"/>	血便	<input type="checkbox"/> 点状	<input type="checkbox"/> 斑状	<input type="checkbox"/> 大量			
		出現日	西暦	年 月 日/生後	歳	月	日

持続型か間歇型かについてお選びください

- Persistent type (持続型; 症状が数か月以上持続している)
- Intermittent type (間歇型; 無症状の期間がある)
- 両者が混在する
- 一過性タイプ; 一度きりの症状出現で、寛解した
- 判定不能

#### 季節性

- 不明  あり

#### 食物との関連

- 不明  あり

重大な合併症について (あればクリックをお願いします)

- 重大な合併症はない
- EGID の合併症を解除するために手術を行った (西暦 年 月)
- 低蛋白血症 (TP<5.0, Alb<3.0) を起こしたことがある (西暦 年 月)
- 消化管出血のために、ヘモグロビン 9.0g/dl 以下となったことがある、もしくは定常状態より 3.0g/dl 以上低下した (西暦 年 月)
- 消化管穿孔を起こしたことがある (西暦 年 月)
- 消化管閉塞 (機械的) を起こしたことがある (西暦 年 月)
- 低身長<-2.0SD、低体重<-2.0SD であり、原因として EGID が疑われる (西暦 年 月)
- 脳神経系発達の異常をみとめ、原因として EGID による栄養障害が強く疑われる (西暦 年 月)

EGID 以外の合併症についてご記入ください

(アレルギー疾患と IBD については 8 ページに記入願います)

現在の患者さんの状況について、あてはまるものすべてをクリックしてください (時々アップデートをお願いします)

- 再発し治療に難渋している
- 診断が困難である
- 治療を行い、（または自然経過で）改善を認めた
- 原因物質が特定できた
- 治療によりまたは自然経過で完全に寛解（もはや治療が必要ない状態）したと思われる
- 内視鏡検査を行った

主治医の先生の病状についての感想などあればご自由にお書きください

Alert system（診断治療で困った時の研究班医師への相談） ポップアップ

## Alert system（困った時の相談）ポップアップ

主治医の先生へ、患者さんの診断治療上の問題で、診断治療指針などを調べても答えが得られず、緊急性がある場合、相談内容をご記入のうえ、アラートボタンを押していただければ、研究班の医師が数日以内に可能な範囲で回答させていただきます。

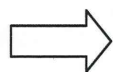
[診断治療指針へジャンプ](#)

- 主治医先生から；早急に（数日以内）医療相談したいことがある(これがクリックされると、患者一覧にアラートが表示され、研究班の医師は確認することができる) 解決済みで色が変わる

### 主治医からの相談内容

Box 日付と相談内容を書く

アラートボタンを押す



本当に押してよろしければ  
クリックをお願いします

### 研究班医師回答

Box 日付と名前を表記して、回答を書く

すべての問題が解決できるわけではないことをご承知置きいただく存じます。  
相談前にすでに医療事故に相当する事象に至ったケースは受け付けることができません。  
Alert をかけたくない場合には研究班医師へ直接メールをお願いします。

やり取りの記録を時系列で表示

2歳以上19歳以下 Page 3 症状スコアの変化

初発時、最も症状が重かった時、改善したとき、検査を提出したときなど、日付を入力して、日付直近の一か月間についてお書きください追加、挿入可に マイクロアレイ

	西暦××年×月×日	西暦××年×月×日	西暦××年×月×日
治療ポイント などひとこと			
体重 kg			
<b>全身状態</b> (悪化の原因が EGID と推定される場合)			
0 調子よく、行動制限なし			
3 年齢相応の行動が、通常より制限される			
6 状態不良でしばしば行動制限あり			
10 発達の明らかな遅れあり			
<b>嘔吐</b> 上部消化管を代表する症状(1)			
0 嘔気なし			
3 嘔気あり			
5 1回/日の嘔吐 月に4日以上			
7 2-5回/日の嘔吐 月に4日以上			
9 6回/日以上嘔吐 月1日以上			
<b>嚥下障害</b> 上部消化管を代表する症状(2)			
0 普通に食物を飲み込める			
3 飲み込みにくいことがある 月に4日以上			
6 いつも飲み込みにくく苦勞する			
9 食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した			
<b>食欲不振</b> 上部消化管を代表する症状(3)			
0 食欲はある			
3 食欲がないことがある 月に4日以上			
6 食欲はいつもない			
9 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする			
<b>腹痛</b>			
0 腹痛なし			
3 軽度、短時間で、活動を制限しない			
6 中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる			
9 重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある			
<b>下痢</b> 下部消化管を代表する症状(1)			
0 0-1回の水様便まで			
3 2-5回の水様便 月に4日以上			
6 6回以上の水様便 1日以上			
9 脱水を起こし、点滴を必要とした			
<b>血便</b> 下部消化管を代表する症状(2)			
0 血便なし			
3 少量の血が混じる程度			
6 明かな血便			
9 連日、大量の血便			
<b>湿疹、アトピー性皮膚炎</b>			
なし	ごく一部にある、部分的にある	全身にある	

自由欄

--	--	--

2歳以上19歳以下 Page 4 血液検査など

Page3 の症状スコアと同様、初発時、最も症状が重かった時、改善したとき、特殊検査を提出したときなどご記入願います。好酸球が最高値をとったときにも記入いただくとありがたいと存じます。

日付は多少前後しても結構です **追加、挿入可能に**

	西暦 年 月 日			西暦 年 月 日			マイクロナレイ 西暦 年 月 日		
	血液検査所見								
総蛋白	<input type="text"/>	g/dL		<input type="text"/>	g/dL		<input type="text"/>	g/dL	
アルブミン	<input type="text"/>	g/dL		<input type="text"/>	g/dL		<input type="text"/>	g/dL	
白血球数/ $\mu$ l	<input type="text"/>	/ $\mu$ l		<input type="text"/>	/ $\mu$ l		<input type="text"/>		
末梢血好酸球	<input type="text"/>	%		<input type="text"/>	%		<input type="text"/>	%	
CRP	<input type="text"/>	mg/dl		<input type="text"/>	mg/dl		<input type="text"/>	mg/dl	
IgE	<input type="text"/>	IU/ml		<input type="text"/>	IU/ml		<input type="text"/>	IU/ml	
TARC(Th2 ケモカイン)	<input type="text"/>	pg/ml		<input type="text"/>	pg/ml		<input type="text"/>	pg/ml	
便検査所見									
脂肪便	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
潜血	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
細胞診	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
その他の検査や自由欄	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		



消化管内視鏡組織検査についてのページです

● 内視鏡検査を行った ● 行っていない→次のページへ移動

日付を記入し、検査した部位をクリックした上で、異常の有無をクリックしてください。そして、内視鏡所見と組織所見のレポートをコピーペースト願います。

詳細なデータを記入可能な先生は、所見ポップアップをクリックして、肉眼的（マクロ）所見と組織学的（ミクロ）所見を各部位ごとに記載をお願いします。所見ポップアップについては、すべての部位について記入するのが困難な場合もあると思います。顕著な所見を呈した部位を代表して記入いただいても結構でございます。

消化管アレルギーにおける病理記載のポイント pdf ポート

追加、挿入を可能にする

	西暦XX年X月X日	西暦XX年X月X日	西暦XX年X月X日
食道	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
胃	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
十二指腸	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
空腸	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
回腸	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
結腸	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
S状結腸	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
直腸	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ● 所見ポップアップ	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●	検査あり ● 異常あり ● 異常なし ●
内視鏡マクロ レポート			
組織所見 レポート			

西暦 年月 日 食道所見

**Macro (肉眼的所見)** ● 異常あり ○ なし

縦走溝 ○ あり ● なし ○ 不明

白斑 ○ あり ● なし ○ 不明

輪状狭窄 (気管様) ○ あり ● なし ○ 不明

逆流性食道炎 ● あり ○ なし ○ 不明 Grade

その他 ボックス自由記載 評価した医師の所見コピーペーストもOkです

**Micro (組織所見)** ● 異常あり ○ なし ○ 未施行

数か所組織を採取した場合は、顕著な、もしくは代表的な変化を示したサンプルについての記載をお願いします

好酸球 ○ 50/HPF以上 ● 15-49/HPF ○ 5-14/HPF ○ 5未満

最大好酸球数 ボックス記載  /HPF 不明

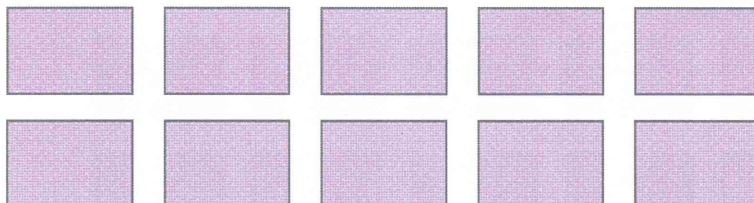
基底細胞層拡大 ● あり ○ なし ○ 不明

乳頭の延長 ● あり ○ なし ○ 不明

上皮細胞間隙の拡大 ● あり ○ なし ○ 不明

その他 ボックス自由記載 病理判定医師の所見コピーペーストもOkです

マクロ、ミクロ 写真アップロード





西暦 年 月 日 回腸所見

**Macro (肉眼的所見)** ●異常あり ○なし

浮腫 ●あり ○なし ○不明

紅斑 ○あり ●なし ○不明

びらん ○あり ●なし ○不明

潰瘍 ○あり ●なし ○不明

狭窄 ○あり ●なし ○不明

その他

**Micro (組織所見)** ●異常あり ○なし ○未施行

数が所組織を採取した場合は、顕著な、もしくは代表的な変化を示したサンプルについての記載をお願いします

好酸球 ○50/HPF以上 ●20/HPF以上 ○10以上20未満 ○10未満

最大好酸球数  /HPF ○不明

好酸球浸潤が、ほかの炎症細胞浸潤よりも目立つ ●はい ○いいえ ○不明

単核球浸潤 ●あり ○なし ○不明

上皮障害、びらん ●あり ○なし ○不明

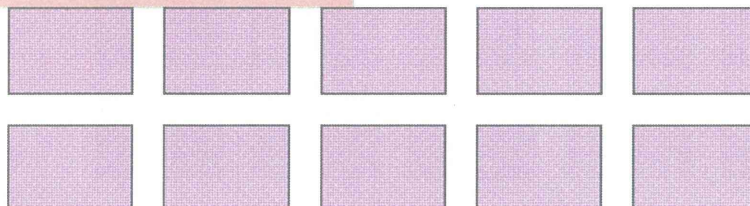
組織の浮腫 ●あり ○なし ○不明

リンパ濾胞形成 ○あり ●なし ○不明

陰窩 ●異常なし ○陰窩炎あり ○ねじれあり ○膿瘍あり ○不明

その他

マクロ、ミクロ 写真アップロード



超音波検査、CT, MRI, RI シンチグラフィー, FDG-PET などについて検査が行われていれば、日付と異常の有無について記入し、所見をお書き込みください

追加挿入が可能なように

超音波	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
異常あり 異常なし			
所見の Box			
写真 upload			

CT	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
異常あり 異常なし			
所見の Box			
写真 upload			

MRI	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
異常あり 異常なし			
所見の Box			
写真 upload			

RI シンチグラフィー	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
異常あり 異常なし			
所見の Box			
写真 upload			

FDG-PET	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
異常あり 異常なし			
所見の Box			
写真 upload			

日本の好酸球性消化器疾患（EGID）の原因食物の頻度を知る上で重要なページです。年長児以上では、EGIDの原因が食物であるか否かは不明な点ですが、欧米の好酸球性食道炎は、小児～成人全年齢で食物が原因であるとする報告が見られており、我が国のEGIDもこれに注目する必要がございます。

各食物について、未判定、原因ではないと判定、原因と判定の3つからお選びいただき、原因と判定した食物については、判定理由もクリックして、ポップアップに書き込みください。その後、その食物が食べられるようになったら、原因であったが寛解した、をクリックして、その推定年月をお書きください。

	未判定	原因でない判定	原因と判定/その理由	原因であったが寛解した
牛乳など	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 判定理由ポップ ★★★★★	<input checked="" type="radio"/> 西暦
小麦	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>
卵	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>
大豆	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>
魚	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>
甲殻類	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>
ピーナッツ	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ ★★★	<input type="radio"/>
米	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 判定理由ポップ	<input checked="" type="radio"/> 西暦
ボックス	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>
ボックス	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 判定理由ポップ	<input type="radio"/>

上記の説明があればお書きください

各食物の特異的 IgE 抗体、プリックテスト、パッチテスト、リンパ球刺激試験の結果があればお書きください 代表的な一回のみで結構ですが、追加も可能となっております  
 特異的 IgE 抗体とプリックテストは即時型を代表する、パッチテストとリンパ球刺激テストは非即時型を代表する検査です

	西暦 年 月 特異的 IgE 抗体	西暦 年 月 プリックテスト	西暦 年 月 パッチテスト	西暦 年 月 リンパ球刺激テスト
牛乳	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
小麦	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
卵白	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
大豆	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
魚（タラ）	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
甲殻類	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
ピーナッツ	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
米	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
ボックス	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
ボックス	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +
ボックス	Class 0~6	膨疹/紅斑	- or +	SI <input type="text"/> - or +

SI; stimulation index

上記の説明があればお書きください

### 牛乳について

原因と判定した理由を下から選んでクリックをお願いします 複数回答可

- 実際に摂取して症状誘発を認めた
  - 摂取して数時間後に症状誘発  時間後
  - 摂取して数日～数週間後に症状誘発  日後
- この食物を中止し、症状改善が得られたことから推定
- IgE、皮膚テストを参考にして判断した
- 負荷試験を行って症状誘発を認めた
  - 摂取して数時間後に症状誘発  時間後
  - 摂取して数日～数週間後に症状誘発  日後

その詳細について 日付、摂取量、負荷試験誘発症状、負荷後何時間もしくは、何日後に症状が誘発されたのか、検査所見変化（発熱、CRP、好中球数上昇、好酸球減少、便の変化）などを、無理のない範囲でお書きください



アレルギー疾患と炎症性腸疾患の合併についてお聞きいたします

重症度の判断は、記入していただいている先生方の基準や印象で選択してください

アレルギー疾患について

- 気管支喘息(BA)      あり なし      重症 中等症 軽症  
 アトピー性皮膚炎(AD)      あり なし      重症 中等症 軽症  
 食物アレルギー(FA)、即時型      あり なし      重症 中等症 軽症  
 FA 非即時型皮膚症状      あり し 重症      等症 軽症

ボックス記載 発症が確認された日付もお書きください

炎症性腸疾患について

- クローン病      あり なし      重症 中等症 軽症  
 潰瘍性大腸炎      あり なし      重症 中等症 軽症

ボックス記載 発症が確認された日付もお書きください

この年齢層の患者さんの治療は、年小児は食餌療法が中心になると思います。どんな食事内容として治療したのか、その有効性（反応性）についてお書きください

年長児ではステロイドなど抗炎症治療も中心となると存じます。全身性ステロイド、局所ステロイドに分けてお書きください

また、好酸球性食道炎では、まず PPI で症状、内視鏡像、組織像がどれだけ改善するかを確認します。

PPI 使用あり      なし

開始日

PPI の薬物名

使用用量

効果判定とその方法

症状からの判定    改善●    症状一部持続○    不変○

内視鏡マクロ所見   改善●    症状一部持続○    不変○    未施行○

内視鏡ミクロ所見   改善●    症状一部持続○    不変○    未施行○

食餌療法    あり      なし

開始日

反応性    良好    不良

内容と経過について；除去の方法と、症状の消失が得られたかについてお書きください

全身性ステロイドあり なし

開始日 \_\_\_\_\_

種類 \_\_\_\_\_

最高用量 \_\_\_\_\_

反応性 良好 不良

減量スピードについて

\_\_\_\_\_

副作用の出現 あり なし ボックス記載

\_\_\_\_\_

局所ステロイドありなし

吸入ステロイド嚥下、エントコート（ブデソニド腸溶剤）、注腸ステロイドなど

開始日 \_\_\_\_\_

種類 \_\_\_\_\_

最高用量 \_\_\_\_\_

反応性 良好 不良

減量スピードについて

\_\_\_\_\_

その他の治療あり なし

使用開始日

治療内容

使用用量

特殊検査をオーダーされる場合、下から選んでクリックしてください  
ポップアップが出ますので、よくお読みになって検体をご提出ください

リンパ球刺激試験	2012/8/17 提出	
GWAS 用 DNA 採血	2012/9/7 提出	
ケモカインアレイ	2012/8/17 提出	2012/9/1 提出
消化管組織マイクロアレイ		
便	2012/8/17 提出	



このページは下書きです

自由欄に書けるのが良い 結果などもコピーペーストするとよい

検査をしたその時の重症度でひもづけしたい これをカレンダーで選べるようにしたい

マイクロアレイ採取 内視鏡組織所見と連結していること

このページは下書きです

● **GWAS用 DNA 採血** (オーダーした場合クリック)

採取日西暦 年 月 日

検査の概要 pdf 同意書 pdf

オーダーされると、石村先生にメールが送られる

各主治医はスピッツ、同意書、倫理審査の件を石村先生と交渉していただく

● **ケモカインアレイ** (オーダーした場合クリック)

検査の概要 pdf 同意書 pdf

採取日 1 回目  炎症あるとき  炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 2 回目  炎症あるとき  炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 3 回目  炎症あるとき  炎症改善時 西暦 年 月 日

結果貼り付け

● **消化管組織マイクロアレイ** (オーダーした場合クリック)

検査の概要 pdf 同意書 pdf

採取 1 回目  炎症あるとき  炎症改善時  どちらとも言えない 西暦 年 月 日

採取日 2 回目  炎症あるとき  炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 3 回目  炎症あるとき  炎症改善時 西暦 年 月 日

この日の内視鏡所見も記入願います

結果貼り付け

● **リンパ球刺激試験** (オーダーした場合クリック) この検査のみは前もって予約が必  
要です

検査の概要 pdf 同意書 pdf

採取日 1 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 2 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 3 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

● (オーダーした場合クリック) 検査名

検査の概要 pdf 同意書 pdf

採取日 1 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 2 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 3 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

● (オーダーした場合クリック) 検査名

検査の概要 pdf 同意書 pdf

採取日 1 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 2 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日

採取日 3 回目 ○炎症あるとき ○炎症改善時 西暦 年 月 日