

記入項目
検査について
各種IgE検査について

各種IgE検査について						
検査日	年 月 日 (生後 歳 か月 日)	年 月 日 (生後 歳 か月 日)	年 月 日 (生後 歳 か月 日)	年 月 日 (生後 歳 か月 日)	年 月 日 (生後 歳 か月 日)	年 月 日 (生後 歳 か月 日)
	IU/ml (kU/l)	IU/ml (kU/l)	IU/ml (kU/l)	IU/ml (kU/l)	IU/ml (kU/l)	IU/ml (kU/l)
特異的IgE	測定値 (UA/ml) クラス	測定値 (UA/ml) クラス	測定値 (UA/ml) クラス	測定値 (UA/ml) クラス	測定値 (UA/ml) クラス	測定値 (UA/ml) クラス
ミルク						
カゼイン						
αラクトアルブミン						
βラクトグロブリン						
卵白						
大豆						
小麦						
米						
自由記述						

記入項目
画像診断、病理検査

	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)
腹部CT	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)
腹部エコー	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)
注腸造影	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)

内視鏡を試行しておられたら
大腸だけでなく、消化管内視鏡検査
どの部位に炎症があったか
どのような状態にあったのか
好酸球数かどうか
などをお書きください

写真1	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)	(施行日 年 月 日)
写真2	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)	(施行日 年 月 日)
写真3	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)	(施行日 年 月 日)
写真4	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)	(施行日 年 月 日)
写真5	<input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 施行 (年 月 日施行) / (生後 歳 か月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見: _____)	(施行日 年 月 日)

治療について	
他の疾患を疑い行った治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 抗生剤投与 <input type="checkbox"/> 外科手術 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
治療の種類	<input type="checkbox"/> 成分栄養 (<input type="checkbox"/> エレンタールP <input type="checkbox"/> エレメンタルフォーミュラ <input type="checkbox"/> その他 _____) (開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 生後 _____ 才 _____ か月 _____ 日) →症状再燃 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 加水分解乳 (<input type="checkbox"/> MA-1 <input type="checkbox"/> ミルフィー <input type="checkbox"/> MA-mi <input type="checkbox"/> その他 _____) (開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 生後 _____ 才 _____ か月 _____ 日) →症状再燃 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 大豆乳 (名称 _____) (開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 生後 _____ 才 _____ か月 _____ 日) →症状再燃 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 母乳 母の乳製品除去: <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 不完全除去 <input type="checkbox"/> 除去なし 強化母乳の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 生後 _____ 才 _____ か月 _____ 日) →症状再燃 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
原因ミルクを中止して症状寛解までに要した日数	_____ 日間
薬物治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗炎症薬 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____
その後の体重増加	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 増加不良 _____
自由記述	_____

記入項目
治療とその後の経過

（研究番号） 25010101

開始日(年 月 日) 生後(年 月 日)

負荷試験が数日以上続いた場合の
データ入力です

負荷日															
負荷量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状	負荷前の状態														
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不規則	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査値	負荷前の状態														
白血球数 (/ μ l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液好酸球 (%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液好中球 (%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便好酸球 (+ or -)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便好中球 (+ or -)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便中EDN (pg/g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血清ストック	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 追加情報

【検査項目】 負荷試験結果

負荷試験で反応が出た
当日のデータ入力です

症状出現日(年 月 日) 生後(年 か月 日)

負荷後物す

当日合計負荷量 (量を記入してください)

負荷方法

症状	何時間後に症状が出たのか		
	症状有無	症状発生時間	程度、回数
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	
血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	
不活発	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	
発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	
その他の症状1	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	
その他の症状2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	摂取開始後 時間で出現	

検査値 データ入力エリア

検査値	負荷前の状態	時間後				
	白血球数 (/ μ l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液好酸球 (%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液好中球 (%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便好酸球 (+ or -)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便好中球 (+ or -)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便中EDN (pg/g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血清ストック	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【自由記述】

記入項目

予後について

食物の予後についてのページです

ミルク以外でも原因があった場合

発症した月や年を大文字でクリックすると

赤に変わります

次に、この症状が出て食べられなかったものが

食べられるようになった時期を

クリックしていたら

青に変わります

寛解したとします

0才												1才												2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11							
小麦																														
牛乳																														
タラ																														
サケ																														
マグロ																														
鶏肉																														
豚肉																														
牛肉																														
原因食物が上のリストにない場合はご記入ください																														

原因食物が

上のリストにない場合は

ご記入ください

他のアレルギー疾患

IBDの合併につきまして

他のアレルギー疾患	
即時型食物アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
アレルギー性結膜炎	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
クローン病	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)
その他	<input type="checkbox"/> (年 月 日) / (生後 年 か月 日)

自由記述欄

月日

日令

栄養

成分栄養(エンターールPなど)

母乳(母乳製品・不完全除去ま
たは除去なし)

大豆乳

加水分解乳(MA-1,ミルフィーな
ど)

普通ミルク

症状

嘔吐

血便

下痢

不活発

呼吸発作

発熱

皮膚症状

イレウス

低血圧

その他の症状1

その他の症状2

その他の症状3

検査

末梢白血球数 (/ μ l)

末梢好酸球 (%)

CRP (mg / μ l)

GOT/AST (IU / l)

GPT/ALT (IU / l)

便中好酸球

血清ストック

EGID オンラインシステム B サイト

① 20 歳以上

② 2-19 歳

③ 0-1 歳

の 3 つに分かれている

そのうちの 2-19 歳用を掲載する

2歳以上19歳以下 Page 1 基本情報

生年月日、性別は必須項目です

生年月日 西暦 X X 年 X X 月 X X 日 自動計算して 才 か月 日

性別 男性 女性

最新の診断名や診断の状況をひとことでお書きください、例 好酸球性胃腸炎疑い、潰瘍性大腸炎と判明 など

box

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XX年XX月頃から）XX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。

● 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
● 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
● 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
● 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。

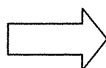


- 主治医先生から；早急に（数日以内）医療相談したいことがある(これがクリックされると、患者一覧にアラートが表示され、研究班の医師は確認することができる) 解決済みで色が変わる

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



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

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、日付直近の一个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XX年X月X日	西暦XX年X月X日	西暦XX年X月X日
治療ポイント などひとこと			
体重 kg			
全身状態 (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		
嘔吐 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		
嚥下障害 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		
食欲不振 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		
腹痛			
	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		
下痢 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回以上水様便 1日以上		
	9 脱水を起こし、点滴を必要とした		
血便 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		
湿疹、アトピー性皮膚炎			
	なし	ごく一部にある、部分的にある	全身にある
自由欄			

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/ μ l	<input type="text"/>	/ μ l		<input type="text"/>	/ μ 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 <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
胃	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
十二指腸	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
空腸	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
回腸	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
結腸	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
S状結腸	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
直腸	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ	検査あり <input type="radio"/> 異常あり <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 所見ポップアップ
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

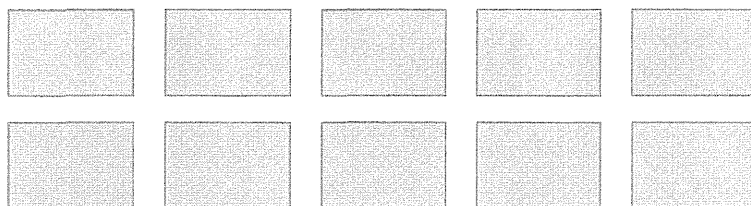
基底細胞層拡大 ● あり ○ なし ○ 不明

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



2歳以上19歳以下 Page 6 画像診断

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 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