

Home

一般・患者向け

医療関係者向け

会員メニュー

前回調査結果 (準備中)

研究

会員・研究協力者
登録はこちらから

症例入力 その1

症例管理情報

症例管理番号

患者ID番号

症例基本情報

性別

女

生年月

1995 (平成07年) 年 02 月 不明

初診月

2015 (平成27年) 年 11 月 不明

最終受診月

2015 (平成27年) 年 11 月 不明

前医の有無

前医あるが治療無し

診断

病変の発見時期

20 歳時

診断名

嚢胞性リンパ管腫

補足コメント等

腸間膜

戻る

次へ

メニューへ戻る

Home

一般・患者向け

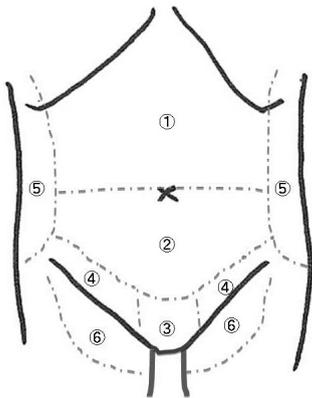
医療関係者向け

会員メニュー

前回調査結果 (準備中)

研究

会員・研究協力者登録はこちら



- ① 腹部 (臍上部)
- ② 腹部 (臍下部) 前額部
- ③ 恥骨部
- ④ 鼠径部
- ⑤ 側腹部
- ⑥ 大腿 (鼠径部)

症例入力 その2

症例管理情報

症例管理番号

患者ID番号

診断 (病変部位)

<input type="checkbox"/> 頭頸部 表在	R L	<input type="checkbox"/> 胸部・背部 体表	R L	<input type="checkbox"/> 腹部体幹 体表	R L	<input type="checkbox"/> 上肢	R L
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鎖骨上高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腹部 (臍上部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腋窩	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 前額部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腹部 (臍下部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 肩部・上下眼瞼部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腋窩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 恥骨部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 鼻部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 側胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鼠径部 (腹部側)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 眼窩下部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 背部 (胸部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 側腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肘部	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頬骨部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腰部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 陰部 (陰囊・陰唇)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肘窩	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頬部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脊柱部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肛門部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手関節部	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 耳下腺 (咬筋)部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 仙骨部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腹部 深部	R L	<input type="checkbox"/> 手背	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 口唇部 (上・下・口角含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 臀部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後腹膜 (骨盤内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手掌	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> オトガイ部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸部体幹 深部	R L	<input type="checkbox"/> 後腹膜 (腎動脈以下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手指 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 耳介部 (耳介自体の病変のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸腔内 (壁側胸膜下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後腹膜 (腎動脈以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 下顎後窩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上縦隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 傍脊椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 顎下部 (前顎三角上部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前縦隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大網	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 前額部 (前顎三角下部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中縦隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腸間膜	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 側頸部 (後顎三角上部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後縦隔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小網 (肝十二指腸間膜)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 側頸部 (後顎三角下部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 気管内 (胸部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃・腸 (壁外・壁内・内腔)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 後頸部 (頂部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 実質臓器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頭頸部 深部	R L	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頭蓋内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 眼窩内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 傍脊椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 口腔内頬粘膜・粘膜下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 舌内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿路	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 喉頭蓋・披裂部・声帯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 咽頭後壁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 気管内 (頸部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生殖器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 性腺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 卵管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 部位について補足のある方はこちらに入力してください。

最大径 5cm以上～10cm未満 ▾

およその体積 500cm³以上～1000cm³未満 ▾

骨病変の有無 なし ▾

初診時の重症度 中等症 ▾

補足コメント等

Home

一般・患者向け

医療関係者向け

◆ 会員メニュー

前回調査結果 (準備中)

研究

会員・研究協力者
登録はこちらから

症例入力 その3

症例管理情報

症例管理番号

患者ID番号

治療の入力

治療回数 

0回

治療回数に、前医治療を含んでいる

補足コメント等

戻る

次へ

メニューへ戻る

Home

一般・患者向け

医療関係者向け

会員メニュー

前回調査結果 (準備中)

研究

会員・研究協力者
登録はこちら

症例入力 その4

症例管理情報

症例管理番号

患者ID番号

症状 最終時点 (原病と関係があると考えられるもののみ) !

外観の程度 (整容性) ! わからない ▾

限局性リンパ管腫病変の有無 !
[例示画像] なし ▾

気道狭窄 ! なし ▾

経口摂取困難 なし ▾

神経麻痺 ! なし ▾

運動障害 ! なし ▾

臓器等の機能障害 ! なし ▾

リンパ漏 ! 不明 ▾

出血 ! 不明 ▾

内出血 ! 不明 ▾

疼痛 ! ときどきあり ▾

痒み ! なし ▾

感染 ! ときどきあり ▾

補足コメント等

戻る

次へ

メニューへ戻る

Home

一般・患者向け

医療関係者向け

◆ 会員メニュー

前回調査結果（準備中）

研究

会員・研究協力者
登録はこちらから

症例入力 その5

症例管理情報

症例管理番号

患者ID番号

病状に対する主治医の評価

臨床経過の結果 !

不変 ▼

原病変に対する現在の治療状況 !

治療前 ▼

残存病変の外科的切除の可能性 !

追加切除の余地あり(合併症あまりなく) ▼

最終受診時の重症度 !

中等症 ▼

最終受診時の難治性について !

難治性である ▼

これまでの診療において公的助成はあるべきだったか? !

不要 ▼

今後の診療において公的助成は必要か? !

必要 ▼

今後の治療の必要性 !

必要 ▼

補足コメント等

戻る

次へ

メニューへ戻る

Home

一般・患者向け

医療関係者向け

会員メニュー

前回調査結果 (準備中)

研究

会員・研究協力者
登録はこちら

症例入力 腹部調査

症例管理情報

症例管理番号

患者ID番号

A. 発見契機

発見時期

20

歳時

症状

腹部膨満

腫瘍 (触知するもの)

圧痛

発熱

腹痛

嘔気

嘔吐

食欲不振

血便

血尿

低タンパク

貧血

下痢

不明

その他

症状なし (他目的の検査にて偶然発見)

B. 診断月

2015 (平成27年)

年

10

月

C. 診断あるいは精査目的で行った検査

01. 超音波

なし

02. CT

あり

造影の有無

あり

検査は診断に有用でしたか? (診断根拠となる所見が得られましたか?)

有用だった

検査は治療に有用でしたか? (治療に有益な所見が得られましたか?)

どちらともいえない

03. MRI

あり

造影の有無

あり

検査は診断に有用でしたか? (診断根拠となる所見が得られましたか?)

有用だった

検査は治療に有用でしたか? (治療に有益な所見が得られましたか?)

どちらともいえない

04. リンパ管シンチ

なし

05. リンパ管造影

なし

06. リンパ嚢胞液

穿刺細胞診

なし

07. 生検

あり

検査は診断に有用でしたか? (診断根拠となる所見が得られましたか?)

有用だった

検査は治療に有用でしたか？（治療に有益な所見が得られましたか？）

どちらともいえない

08.その他の検査

審査腹腔鏡

検査は診断に有用でしたか？（診断根拠となる所見が得られましたか？）

有用だった

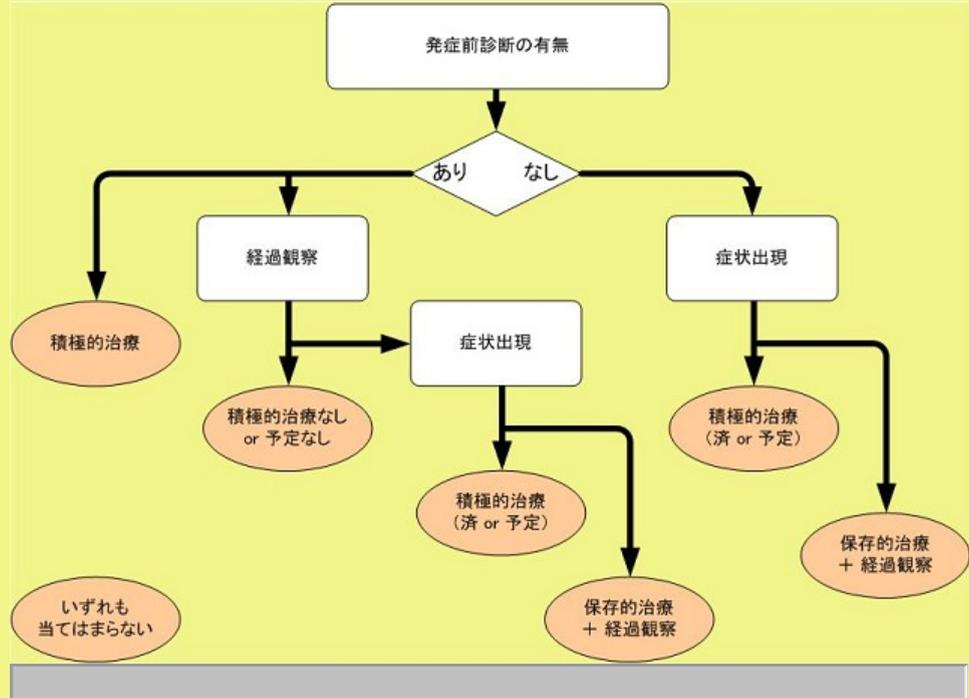
検査は治療に有用でしたか？（治療に有益な所見が得られましたか？）

有用だった

09.検査なし

診断の根拠を書いて下さい。

D.診療経過（現在までにどのような経過をたどったか）



*上の図の楕円部分をクリックすることで選択が出来ます。

☆「経過 観察」：介入的な治療を行わないこと。

☆「症状 出現」：発熱、腹痛など生活に支障をきたすため病変に対する何らかの治療を要する症状が生じること。

☆「積極的治療」：原病に対する治療。（外科的切除、硬化療法、開窓術など）

☆「保存的治療」：原病により生じた症状に対する保存的治療。（抗菌薬、穿刺、ドレナージなど）

E.局所感染の有無

細菌感染

診療経過中に病変部の細菌感染はありましたか？

感染疑いあり

2回

発症日

2015 (平成27年) 年 5 月 1 日

F.治療 全経過中に行った一連の行った治療につきお答え下さい。

(抗菌薬を変更すれば別の治療1回)

01回目

抗菌薬

抗菌薬名

開始日

2015 (平成27年) 年 05 月 1 日

終了日

2015 (平成27年) 年 05 月 1 日

効果

著効

合併症

特に無し

02回目

抗菌薬

抗菌薬名

開始日

2015 (平成27年) 年 01 月 1 日

終了日 2015 (平成27年) 年 01 月 1 日
効果 著効
合併症 特に無し

03回目 なし
04回目 なし
05回目 なし
06回目 なし
07回目 なし
08回目 なし
09回目 なし
10回目 なし

G. 観察中・術後フォローアップ画像検査

- 超音波 単純CT
 造影CT MRI
 造影MRI
 その他

H. 成長障害はあるか？

なし

* 下のリンクから、成長曲線を参照できます。

出展：平成12年乳幼児身体発育調査報告書（厚生労働省雇用均等・児童家庭局）

[男子 体重] [女子 体重] [男子 身長] [女子 身長]

補足コメント等 治療は前医、詳細不明

戻る

次へ