

＜更新のカテゴリー＞（該当する項目に記入する）

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.該当 (1. Applicable), 2.非該当 (2. Not applicable). Rows include 既往 (Past), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往), 既往 (既往).

症状の経過、経過、発症すべき事項など

Table with 2 columns: 最近1年間の変化 (Recent changes in the last year), 1. 原疾患が活動的かつ経過観察を必要とする状態にあり変化を認めた (1. Active disease and observation required), 2. 原疾患が寛解し経過観察を必要としない状態にあり変化を認めない (2. Disease in remission, no changes).

治療・その他

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.あり (1. Yes), 2.なし (2. No), 3.不明 (3. Unknown). Rows include 薬剤療法 (Drug therapy), 生物学的製剤 (Biological agents), 手術療法 (Surgery), 放射線療法 (Radiotherapy), 化学療法 (Chemotherapy), 免疫抑制剤 (Immunosuppressants), 免疫増進剤 (Immunostimulants), 免疫調節剤 (Immunomodulators).

重症化分類に関する事項

Table with 2 columns: 1. 重症化 (1. Severe), 2. 軽症化 (2. Mild), 3. 不明 (3. Unknown). Rows include 重症化 (重症化), 重症化 (重症化), 重症化 (重症化).

基本情報

044 多発血管炎性免疫不全症

□ 新規 □ 更新

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.あり (1. Yes), 2.なし (2. No), 3.不明 (3. Unknown). Rows include 年齢 (Age), 性別 (Sex), 民族 (Race), 職業 (Occupation), 家族歴 (Family history), 既往歴 (Past history), 現病歴 (Current history), 生活習慣 (Lifestyle).

診断基準に関する事項

診断 (Diagnosis) 診断年月 (Diagnosis year/month)

A. 主要所見 (血算値に関する所見がある場合にのみ、大文字で主要所見を記載する)

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.あり (1. Yes), 2.なし (2. No), 3.不明 (3. Unknown). Rows include 1. 全身症状 (Systemic symptoms), 2. 腎臓 (Kidney), 3. 肺 (Lung), 4. 心臓 (Heart), 5. 神経 (Neurology), 6. 皮膚 (Skin), 7. 眼 (Eye), 8. 歯 (Dentistry), 9. 骨 (Bone), 10. 免疫学的検査 (Immunological tests), 11. 組織学的検査 (Histopathological tests), 12. 治療 (Treatment).

Table with 2 columns: 1. 重症 (1. Severe), 2. 軽症 (2. Mild). Rows include 1. 重症 (重症), 2. 軽症 (軽症).

Table with 3 columns: 注1: 以下の項目に該当すること (Note 1: Meet the following items), 注2: 以下の項目に該当すること (Note 2: Meet the following items), 注3: 以下の項目に該当すること (Note 3: Meet the following items). Rows include a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z.

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.あり (1. Yes), 2.なし (2. No). Rows include 使用期間 (Usage period), 使用回数 (Usage frequency), 使用理由 (Usage reason), 使用状況 (Usage status).

Table with 2 columns: 医師の氏名 (Physician's name), 医師の職名 (Physician's title). Rows include 医師の氏名 (医師の氏名), 医師の職名 (医師の職名).

1. 重症 (重症) 2. 軽症 (軽症) 3. 不明 (不明)

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.あり (1. Yes), 2.なし (2. No), 3.不明 (3. Unknown). Rows include 呼吸器 (Respiratory), 循環器 (Circulatory), 消化器 (Gastrointestinal), 泌尿器 (Urological), 生殖器 (Genital), 免疫学的検査 (Immunological tests), 組織学的検査 (Histopathological tests), 治療 (Treatment).

B. 検査所見

Table with 4 columns: 項目 (Item), 1.あり (1. Yes), 2.なし (2. No), 3.不明 (3. Unknown). Rows include 呼吸器 (Respiratory), 循環器 (Circulatory), 消化器 (Gastrointestinal), 泌尿器 (Urological), 生殖器 (Genital), 免疫学的検査 (Immunological tests), 組織学的検査 (Histopathological tests), 治療 (Treatment).

C. 診断診断 (診断)

以下の内容を鑑別し、全て該当できる。除外できた場合は「0」を記入する。 1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記入する)

- 1. 確定 (definite): 上記(1E), 2. 疑い (L), 3. K のいずれも1個以上を以下の主要症状の3項目以上を示す
2. 確定 (definite): 以下の主要症状の2項目以上と以下の検査結果 1 ~ 5 の1項目以上を示す
3. 疑い (L): 以下の主要症状の1項目以上と以下の検査結果 1 ~ 5 の1項目以上を示す
4. 疑い (L): 以下の主要症状の2項目以上を示す
5. 疑い (L): 以下の主要症状の1項目以上と以下の検査結果 1 ~ 5 の1項目以上を示す
6. 疑い (L): 以下の主要症状の1項目以上と以下の検査結果 1 ~ 5 の1項目以上を示す

- 主要症状
1. 上記(1E) の症状 2. 肺 (L) の症状 3. A 系 (K) の症状 4. 血管系による症状 5. 全身症状 6. 臓器症状
検査結果
1. E, L, K の診断を伴う顕微鏡的炎症
2. 免疫グロブリン沈着を伴った免疫性血小板減少症
3. 小・小動脈の壊死性肉芽腫性血管炎
4. Leptospira 3-OTa IgG (抗体) 陽性 (臨床的用法で serologic pattern, C-ACD) 3 段階 2 段階を示す

診断の履歴、経過、物にすべき事項など

診断の履歴、経過、物にすべき事項など

■ 発症と経過 (更新)

- 発症1年間の変化
1. 診断はほぼ確定した経過
2. 診断はほぼ確定した経過
3. 診断はほぼ確定した経過
4. 診断はほぼ確定した経過
5. 診断はほぼ確定した経過

■ 治療・その他

Table with columns for treatment and other medical information. Includes rows for corticosteroids, immunosuppressants, biological agents, and other treatments.

■ 重症度分類に関する事項

Table for severity classification with 4 levels. Level 1: Mild, Level 2: Moderate, Level 3: Severe, Level 4: Critical. Includes criteria for organ involvement and laboratory findings.

■ 臓器病変の程度

Table for organ involvement degree with 3 levels. Level 1: Mild, Level 2: Moderate, Level 3: Severe. Includes criteria for organ involvement and laboratory findings.

■ 人口呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for respiratory status. Includes fields for symptoms, physical examination, and laboratory findings related to respiratory system.

■ 基本情報

045 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症

Form for basic information. Includes fields for patient ID, name, sex, date of birth, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

診断基準に関する事項

Table for diagnostic criteria. Includes sections for main symptoms (A) and organ involvement (B) with checkboxes for presence/absence.

Table for organ involvement (B). Includes checkboxes for various organ systems like lungs, heart, kidneys, etc.

Table for laboratory findings (C). Includes fields for hematology, clinical chemistry, and immunology.

Table for organ involvement (D). Includes checkboxes for various organ systems like lungs, heart, kidneys, etc.

Table for laboratory findings (E). Includes fields for hematology, clinical chemistry, and immunology.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に☆を記入する)

- ☆ 確定1: 主に除菌療法のうち、1) 薬剤投与開始から12ヶ月以内、2) 診断時増加が1項目以上である確定診断、病原菌、多
定常菌叢、消化管細菌叢、免疫、多菌種感染、病前菌叢(検出)のうち1項目以上を☆、2) 病原菌感染が3項目以上の確定診断の1項
目を満たす
☆ 確定2: 確定1の主要検査結果3項目を☆とし、3) 3、4) が★であり、☆が確定する臨床経過の結果を示す
☆ 疑い1: 確定1の主要検査結果1項目および病原菌叢による菌叢構成の項目を☆とする
☆ 疑い2: 確定1の主要検査結果3項目を☆とするが、確定2の臨床経過の結果を示さない
☆ レポートにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Blank box for symptoms and course.

■ 発症と経過

Table with columns for onset and course, including checkboxes for symptoms and laboratory findings.

■ 治療・その他

Table for treatment and other medical history, including antibiotic use, surgery, and other treatments.

■ 重症度分類に関する事項

Table for severity classification with 5 levels and corresponding criteria.

注 重症度分類の補足説明

Table with 3 columns explaining severity classification criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for artificial ventilation usage with checkboxes for various parameters.

Form for hospital name, department, and patient information.

Footnote text regarding data collection and privacy.

046 悪性菌性リウマチ

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

Form for basic information including patient ID, name, sex, date of birth, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Form for diagnostic criteria including laboratory tests and imaging.

A. 主要表現 (★は厚生労働省診断基準の主要表現 (発症時あるいは最重症時))

Table for main symptoms with checkboxes for various clinical signs.

B. 検査結果 (発症時あるいは最重症時)

Table for laboratory and imaging results.

C. 鑑別診断 (診断)

Form for differential diagnosis with checkboxes for various conditions.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に☆を記入する)

- ☆ ACR/EULARによる標準的リウマチの分類基準2010年を満たし、主要検査項目(1)~(9)のうち3項目以上を満たすもの
☆ ACR/EULARによる標準的リウマチの分類基準2010年を満たし、主要検査項目(1)~(9)のうち1項目以上、病前菌叢の1項目以上を☆
☆ レポートにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Blank box for symptoms and course.

■ 発症と経過

Table for onset and course for rheumatism.

■ 治療・その他

Table for treatment and other medical history for rheumatism.

既 (前科) 犯罪歴	あり なし その他	発症年月	西暦	年	月	日	1. 発症	2. 発症
発症前前科犯罪歴	あり なし その他	発症年月	西暦	年	月	日	1. 発症	2. 発症

■ 重症化分類に関する事項

重症化分類の重症化分類

1次	重症化分類に該当し、かつ、呼吸器、循環器、腎臓、消化器、神経系、免疫系、血液系、泌尿器、皮膚科、小児科、産婦人科、その他に該当する患者であるが、治療も含む日常ケア、又は、観察のみで生活し、日常生活に支障はない。
2次	1次で治療と観察が併用されている（注：重症化分類、重症、下部病）を有する患者で、重症化分類に該当し、社会生活・日常生活上の障害が中等程度にあるもの。
3次	重症化分類に該当し、かつ、呼吸器、循環器、腎臓、消化器、神経系、免疫系、血液系、泌尿器、皮膚科、小児科、産婦人科、その他に該当する患者で、治療も含む日常ケア、又は、観察のみで生活し、日常生活に支障はない。
4次	重症化分類に該当し、かつ、呼吸器、循環器、腎臓、消化器、神経系、免疫系、血液系、泌尿器、皮膚科、小児科、産婦人科、その他に該当する患者で、治療も含む日常ケア、又は、観察のみで生活し、日常生活に支障はない。
5次	重症化分類に該当し、かつ、呼吸器、循環器、腎臓、消化器、神経系、免疫系、血液系、泌尿器、皮膚科、小児科、産婦人科、その他に該当する患者で、治療も含む日常ケア、又は、観察のみで生活し、日常生活に支障はない。

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	あり
使用の開始	西暦 年 月 日
種類	1. 気管挿入口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスクを介した人工呼吸器
使用の状況	1. 常時使用 2. 定期的に使用 3. 日中のみ使用 4. 夜間のみ使用
生息状況	食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄コントロール: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名
〒 〇〇〇〇〇
医療機関所在地
電話番号
医療科の名称
西暦 年 月 日 平成 年 月 日 全記入または印刷のこと

※ 医療機関に記入する内容は、必ずしも正確でなく、記載内容が事実と異なる場合は、ご自身の責任においてご記入ください。
※ 記載内容が正確でない場合は、記載内容の訂正をお願いいたします。
※ 記載内容が正確でない場合は、記載内容の訂正をお願いいたします。
※ 記載内容が正確でない場合は、記載内容の訂正をお願いいたします。

048 悪性性肺炎の臨床検査項目 新規 更新

受診科番号	
姓名字	名 姓 名
郵便番号	市 町 丁目
生年月日	西暦 年 月 日 性別 1. 男 2. 女
出生地	姓 名
家族歴	1. あり 2. なし 3. その他 父: 〇歳 (男/女) 母: 〇歳 (女/男) 兄弟姉妹: 〇歳 (男/女) 〇歳 (男/女) 〇歳 (男/女) 〇歳 (男/女) 〇歳 (男/女)
発症年月	西暦 年 月 日
発症状況	1. 発症 2. 未発症 3. その他
経過	1. 軽症 2. 中等症 3. 重症
治療	1. あり 2. なし 3. その他
検査結果	1. あり 2. なし 3. その他

■ 診断基準に関する事項

1. 診断基準 2. 診断基準 3. 診断基準 4. 診断基準 5. 診断基準 6. 診断基準 7. 診断基準 8. 診断基準 9. 診断基準 10. 診断基準

A. 検査

血液検査	1. あり 2. なし 3. その他
尿検査	1. あり 2. なし 3. その他
胸部X線	1. あり 2. なし 3. その他
胸部CT	1. あり 2. なし 3. その他
胸部MRI	1. あり 2. なし 3. その他
胸部PET	1. あり 2. なし 3. その他
胸部超音波	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤CT	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤MRI	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤PET	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤超音波	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤造影剤CT	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤造影剤MRI	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤造影剤PET	1. あり 2. なし 3. その他
胸部造影剤造影剤超音波	1. あり 2. なし 3. その他

B. 検査結果

検査項目	検査結果	検査年月日	西暦	年	月	日	所見
1. 胸部X線	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日1	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
2. 胸部CT	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日2	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
3. 胸部MRI	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日3	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
4. 胸部PET	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日4	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
5. 胸部超音波	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日5	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
6. 胸部造影剤CT	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日6	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
7. 胸部造影剤MRI	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日7	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
8. 胸部造影剤PET	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日8	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
9. 胸部造影剤超音波	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日9	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
10. 胸部造影剤造影剤CT	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日10	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
11. 胸部造影剤造影剤MRI	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日11	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
12. 胸部造影剤造影剤PET	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日12	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他
13. 胸部造影剤造影剤超音波	1. あり 2. なし 3. その他	検査年月日13	西暦	年	月	日	所見 1. あり 2. なし 3. その他

C. 診断結果

以下の項目を記入し、全て該当する。空欄または検査項目を記入する。 1. 全て該当 2. 全て不該当 3. 一部該当

1. 診断基準 2. 診断基準 3. 診断基準 4. 診断基準 5. 診断基準 6. 診断基準 7. 診断基準 8. 診断基準 9. 診断基準 10. 診断基準 11. 診断基準 12. 診断基準 13. 診断基準 14. 診断基準 15. 診断基準 16. 診断基準 17. 診断基準 18. 診断基準 19. 診断基準 20. 診断基準 21. 診断基準 22. 診断基準 23. 診断基準 24. 診断基準 25. 診断基準 26. 診断基準 27. 診断基準 28. 診断基準 29. 診断基準 30. 診断基準 31. 診断基準 32. 診断基準 33. 診断基準 34. 診断基準 35. 診断基準 36. 診断基準 37. 診断基準 38. 診断基準 39. 診断基準 40. 診断基準 41. 診断基準 42. 診断基準 43. 診断基準 44. 診断基準 45. 診断基準 46. 診断基準 47. 診断基準 48. 診断基準 49. 診断基準 50. 診断基準 51. 診断基準 52. 診断基準 53. 診断基準 54. 診断基準 55. 診断基準 56. 診断基準 57. 診断基準 58. 診断基準 59. 診断基準 60. 診断基準 61. 診断基準 62. 診断基準 63. 診断基準 64. 診断基準 65. 診断基準 66. 診断基準 67. 診断基準 68. 診断基準 69. 診断基準 70. 診断基準 71. 診断基準 72. 診断基準 73. 診断基準 74. 診断基準 75. 診断基準 76. 診断基準 77. 診断基準 78. 診断基準 79. 診断基準 80. 診断基準 81. 診断基準 82. 診断基準 83. 診断基準 84. 診断基準 85. 診断基準 86. 診断基準 87. 診断基準 88. 診断基準 89. 診断基準 90. 診断基準 91. 診断基準 92. 診断基準 93. 診断基準 94. 診断基準 95. 診断基準 96. 診断基準 97. 診断基準 98. 診断基準 99. 診断基準 100. 診断基準

■ 治療その他

手術療法						
経腭気管ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プロドニゾロン換算最大量	mc/E			
ステロイド吸入療法	1.あり 2.なし 3.不明	経気管挿入 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明				
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 (自由記載)				
呼吸器科受診	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明				
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明				
アレルギーテスト						
皮膚アレルギー	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明				
血液検査	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明				

■ 重症度分類に関する事項

SI-MRI スコア	点	説明	年	月	日
境界陰影	1.あり 2.なし 3.不明	治癒陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺野陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺野陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
縦隔陰影	1.あり 2.なし 3.不明	縦隔陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
胸壁陰影	1.あり 2.なし 3.不明	胸壁陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肋骨陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肋骨陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺門陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺門陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺動脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		
肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明	肺静脈陰影	1.あり 2.なし 3.不明		

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	1.あり																				
開始時期	西暦 年 月																				
理由	1.気管支閉塞をきたした人工呼吸器 2.麻酔中の人工呼吸器																				
終了時期	西暦 年 月																				
理由	1.呼吸が安定したため 2.麻酔が終了したため 3.その他 (自由記載)																				
生体力学	<table border="1"> <tr> <td>全呼吸</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>呼吸子とヘッドバンドの移動</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>姿勢</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>トランク動作</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>呼吸</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>呼吸</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>呼吸器</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>呼吸器</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>呼吸器コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>呼吸器コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> </table>	全呼吸	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸子とヘッドバンドの移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	姿勢	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トランク動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸器	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸器	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸器コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸器コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
全呼吸	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸子とヘッドバンドの移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
姿勢	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トランク動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
呼吸	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
呼吸器	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸器	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
呼吸器コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸器コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		

医師情報

医師情報所在地: 所在地番号

医師の氏名: 電話番号

印: 西暦年 月 日 西暦年 月 日 西暦年 月 日

※ 医師情報に記入する際は、必ず医師の同意を得る必要があります。

050 皮膚病変/多発性結核 新規 更新

■ 基本情報

受付番号

氏名(姓) 名(姓) 名(姓) 名(姓)

郵便番号 住所

生年月日 西暦 年 月 日 性別 1.男 2.女

出生地(市町村) 姓(漢字) 名(漢字) 姓(かな) 名(かな)

家族歴 1.あり 2.なし 3.不明
 母(母) 父(父) 兄弟姉妹(兄弟) 兄弟姉妹(兄弟) 兄弟姉妹(兄弟) 兄弟姉妹(兄弟)

発症時期 西暦 年 月

社会背景 1.家族歴 2.職業 3.その他 (自由記載)

生体力学 1.歩行時の歩容 2.歩行時の歩容 3.歩行時の歩容

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

診断時期 診断時または最重症時 西暦 年 月

発症 1.発症から2週間以内 2.あり 3.なし 4.不明

皮膚病変

ヘルペスウイルス 1.あり 2.なし 3.不明

コクサッキーウイルス 1.あり 2.なし 3.不明

コクサッキーウイルス 1.あり 2.なし 3.不明

上肢又は下肢の筋力低下 1.あり 2.なし 3.不明

関節の自覚痛・他覚痛 1.あり 2.なし 3.不明

関節を伴った関節炎 1.あり 2.なし 3.不明

関節性痛 1.あり 2.なし 3.不明

合併症

合併症 1.あり 2.なし 3.不明

合併症 1.あり 2.なし 3.不明

B. 検査結果

血液検査				
ESR	mc/hr	上昇の有無	1.あり 2.なし 3.不明	
CRP	mg/L	上昇の有無	1.あり 2.なし 3.不明	
アミラーゼ	U/L	上昇の有無	1.あり 2.なし 3.不明	
アルブミン	g/L	上昇の有無	1.あり 2.なし 3.不明	
免疫学				
抗体を伴った関節炎 (免疫学的検査結果) (関節炎を伴った関節炎)			1.あり 2.なし 3.不明	
免疫学				
免疫学				
免疫学				
免疫学				

C. 鑑別診断 (診断)

以下の診断を鑑別し、全て除外できる。除外できなかった診断を記入する。

1.全て除外 2.一部除外 3.不明

1. 感染症 2. 免疫性疾患 3. 内分泌疾患 4. 薬剤性 5. 悪性腫瘍 6. 膠原病 7. 神経変性疾患 8. 免疫性疾患 9. 免疫性疾患 10. 免疫性疾患

<診断のカテゴリ> (該当する項目に記号を記入する)

皮膚病変: 以下の1.を満たし、3つ以上を満たすものか、以下の2.を満たすものか

1. 皮膚病変 2. 皮膚病変 3. 皮膚病変 4. 皮膚病変 5. 皮膚病変 6. 皮膚病変 7. 皮膚病変 8. 皮膚病変 9. 皮膚病変 10. 皮膚病変

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 治療その他

手術療法				
経腭気管ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プロドニゾロン換算最大量	mc/E	
ステロイド吸入療法	1.あり 2.なし 3.不明	経気管挿入 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明		
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 (自由記載)		
呼吸器科受診	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明		
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明		
アレルギーテスト				
皮膚アレルギー	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明		
血液検査	1.あり 2.なし 3.不明	免疫抑制剤 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明		

■ 重症度分類に関する事項

1. 呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

1. 呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	1.あり
開始時期	西暦 年 月
理由	1.気管支閉塞をきたした人工呼吸器 2.麻酔中の人工呼吸器
終了時期	西暦 年 月
理由	1.呼吸が安定したため 2.麻酔が終了したため 3.その他 (自由記載)

