

マスコイドレベルで陽性	1.あり 2.なし 3.不明 治療結果 1.有効 2.無効 3.不明
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明 シクロホスファミド (□経口 □静注) □アザチオプリン □ミコフェノール酸モフェチル □メトトレキサート □タクロリムス □シクロsporin □ミノリピン □セドロキシクロロキン □その他の免疫抑制剤 治療結果 1.有効 2.無効 3.不明
増殖抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明 □抗腫瘍剤 □抗血小板薬 □プロサイクリン誘導体 (□経口 □静注) □PDE5阻害薬 □エンドセリン受容体拮抗薬 □その他の増殖抑制剤 治療結果 1.有効 2.無効 3.不明
抗リウマチ薬	1.あり 2.なし 3.不明 治療結果 1.有効 2.無効 3.不明

**■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)**

混合性結合組織病(mixed connective tissue disease: MCTD)の重症度分類	1.重症 2.中等症 3.軽症
該当する項目にチェック (原因不明のものに限る)	
軽症:	□リンパノ腫大 □指なし手の腫大 □口底 □手指に限局する皮膚炎 □非線維性関節炎
中等症:	□発熱 □リンパ管腫脹 □免疫抑制剤投与 □呼吸器 □腎臓 □皮膚山崎炎 □皮膚血管炎 □手指末端壊死 □肺動脈症 □末梢性麻痺 □骨髄性関節炎
重症:	□中核性眼炎 □無菌性髄膜炎 □肺動脈症 □急速進行性腎臓炎 □進行した肺線維症 □重症の血小板減少 □溶血性貧血 □腎管機能不全

**■ 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 日	継続の見込み	1.あり 2.なし	
種類	1.常時呼吸器を介した人工呼吸器 2.マスク又はマスクを介した人工呼吸器			
管理状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.1日中施行 4.常時継続的に施行			
生活状況	食事	□自立 □部分介助 □全介助	車椅子とベッド間の移動	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助
	嚥下	□自立 □部分介助 □不可能	トイレ動作	□自立 □部分介助 □全介助
	入浴	□自立 □部分介助 □不可能	歩行	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助
	服薬管理	□自立 □部分介助 □不能	着替え	□自立 □部分介助 □全介助
	排便コントロール	□自立 □部分介助 □全介助	排泄コントロール	□自立 □部分介助 □全介助

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 指定医師番号 \_\_\_\_\_

医師の所属科名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

医師の氏名 \_\_\_\_\_ 印 記載年月日: 平成 年 月 日 ※科室または部門のこと

※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。  
ただし、診断結果に適合しない場合は、医師が判断して再診を要する場合があります。  
※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。  
※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。  
※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。

**■ 基本情報** 053 シェーグレン症候群  新規  更新

電話番号				
種別	名称	姓	名	姓
郵便番号	住所			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女	
出生年月日				
出生地の国名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 発症年齢 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 総所 ( )			
発症時期	西暦 年 月 日			
発症経緯	1.発症 2.悪化 3.再発 4.再発 5.再発			
生活状況	1.自立 2.自立 3.自立 4.自立 5.自立			
移動の状況	1.歩行困難 2.杖や歩行器が必要 3.杖や歩行器が必要			
身の身の管理	1.自分で管理 2.自分で管理 3.自分で管理			
家族の介護	1.必要 2.必要 3.必要			
認知機能	1.正常 2.軽度 3.軽度			
不安/不安定	1.軽度 2.軽度 3.軽度			

**■ 診断基準に関する事項**

**診断**

1. 水腫 他病原因を除外 2. 二次性  
合併する眼病: 1.乾燥性角膜炎 2.全眼球炎 3.多発性点状出血 4.角膜血管 5.慢性炎症性眼病 6.角膜炎 7.血管炎  
8.その他の合併症

**A. 症状**

合併症

1.あり 2.なし 3.不明  
1.痛みの 2.痒みの 3.腫れの

**B. 検査所見**

1. 生体組織病理検査

a. 上皮層浸潤  $1mm^2$ 当たり 10個以上 (保存処理: 50 個以上) カリウム染色法 1.以上 2.未満 3.未実施

b. 免疫染色  $1mm^2$ 当たり 10個以上 (保存処理: 50 個以上) カリウム染色法 1.以上 2.未満 3.未実施

2. 自己抗体検査

a. 唾液腺造影  $2mm$ 以下の小管径で 以上の異常所見 1.あり 2.なし 3.未実施

b-1. 唾液腺造影低下  $10$ 分以上  $10ml$ 以下 1.あり 2.なし 3.未実施

c. サクランブスドにて  $2$ 分間で  $2$ 以下 1.あり 2.なし 3.未実施

b-2. 唾液腺造影低下  $1$ あり 2.なし 3.未実施

3. 眼科検査

a. シメラー試験  $5$ 分間で  $2mm$ 以下 1.あり 2.あり 3.未実施

b. ローズンガール試験 (non-Bjerve) スコア) 1.陽性 2.陰性 3.未実施

c. 涙液分泌 (プロテイン) 試験 1.陽性 2.陽性 3.未実施

4. 血液検査

a. 抗SS-A抗体 1.陽性 2.陰性 3.未実施 b. 抗SS-B抗体 1.陽性 2.陰性 3.未実施

c. リウマトイド因子 1.陽性 2.陰性 3.未実施 持続性 1.20倍以上 2.20倍未満 3.45未満

その他の検査

種別	1.共通 2.未共通	所属 ( )
----	------------	--------

**C. 重症度分類 (該当する項目に☑を記入する)**

重症度分類	1.重症 2.中等症
重症度	1.あり 2.なし

**<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)**

重症度	1.重症 2.中等症
重症度	1.あり 2.なし

**症状の程度、経過、特徴すべき事項など**

重症度	1.重症 2.中等症
重症度	1.あり 2.なし

**■ 重症度分類に関する事項**

ESSDAに入る重症度分類

評価期間	西暦 年 月 日	リンパ管浸潤 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高
免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高	免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高
免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高	免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高
免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高	免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高
免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高	免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高
免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高	免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高
免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高	免疫染色 (程度)	0.無 1.低 2.中 3.高

ESSDA適合性判定 \_\_\_\_\_ 点

詳細な診断基準を参照してください。

**■ 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 日	継続の見込み	1.あり 2.なし	
種類	1.常時呼吸器を介した人工呼吸器 2.マスク又はマスクを介した人工呼吸器			
管理状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.1日中施行 4.常時継続的に施行			
生活状況	食事	□自立 □部分介助 □全介助	車椅子とベッド間の移動	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助
	嚥下	□自立 □部分介助 □不可能	トイレ動作	□自立 □部分介助 □全介助
	入浴	□自立 □部分介助 □不可能	歩行	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助
	服薬管理	□自立 □部分介助 □不能	着替え	□自立 □部分介助 □全介助
	排便コントロール	□自立 □部分介助 □全介助	排泄コントロール	□自立 □部分介助 □全介助

**医師の氏名** \_\_\_\_\_ **指定医師番号** \_\_\_\_\_

**医師の所属科名** \_\_\_\_\_ **電話番号** \_\_\_\_\_

**医師の氏名** \_\_\_\_\_ 印 記載年月日: 平成 年 月 日 ※科室または部門のこと

※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。  
ただし、診断結果に適合しない場合は、医師が判断して再診を要する場合があります。  
※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。  
※医師が診断した内容に、検査結果を照して、診断結果に適合しない場合は、1ヶ月以内のうちに再診していただき、必要に応じて再検査を依頼させていただきます。









008 肥大型心臓症

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

肥大型心臓症の診断基準に関する項目

Table for diagnostic criteria including symptoms, physical examination, and laboratory tests.

Table for ECG and chest X-ray findings.

Table for echocardiography and cardiac MRI findings.

Table for laboratory tests and other diagnostic procedures.

Table for laboratory tests including hematology, clinical chemistry, and immunology.

※検査項目の注釈

Table for genetic testing related to hypertrophic cardiomyopathy.

Table for differential diagnosis and other clinical considerations.

＜診断のカテゴリー＞ (該当する項目に記号を入れる)

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 発症と経過

Table for onset and course of the disease.

■ 治療その他

Table for treatment and other clinical management.

■ 重症化分類に関する事項

Table for classification of disease severity.









■ 基本情報
受診番号
氏名(漢字)
氏名(カナ)
氏名(ローマ字)
病歴
生年月日
出生年月日
出生地
家族歴
既往歴
社会歴
生活歴

■ 診断基準に関する事項

診断
採血部位
採血日時
経過
A. 主要所見
B. 検査所見
C. 検査結果 (採血時又は採血後)

A. 主要所見
B. 検査所見
C. 検査結果 (採血時又は採血後)

■ 症状の概要、経過、特記すべき事象など

症状の概要、経過、特記すべき事象など

■ 発症と経過

発症と経過

■ 治療その他

治療その他
治療法
経過観察
副作用
検査結果

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項
stage 1
stage 2
stage 3
stage 4
stage 5

重症度分類は重症度分類の1つであるが、重症度分類には、重症度分類の重症度分類を使用する。ただし、この場合は重症度分類は使用しない。

検査項目と単位
総ビリルビン
赤血球
ヘモグロビン
ヘマトクリット
赤血球数
赤血球容積率
赤血球分布幅
赤血球平均容積
赤血球平均容積分布幅
赤血球平均厚さ
赤血球平均厚さ分布幅

検査項目と単位
赤血球数
赤血球容積率
赤血球平均容積
赤血球平均容積分布幅
赤血球平均厚さ
赤血球平均厚さ分布幅

検査項目と単位
赤血球数
赤血球容積率
赤血球平均容積
赤血球平均容積分布幅
赤血球平均厚さ
赤血球平均厚さ分布幅

検査項目と単位
赤血球数
赤血球容積率
赤血球平均容積
赤血球平均容積分布幅
赤血球平均厚さ
赤血球平均厚さ分布幅

検査項目と単位
赤血球数
赤血球容積率
赤血球平均容積
赤血球平均容積分布幅
赤血球平均厚さ
赤血球平均厚さ分布幅

検査項目と単位
赤血球数
赤血球容積率
赤血球平均容積
赤血球平均容積分布幅
赤血球平均厚さ
赤血球平均厚さ分布幅

■ 人工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)

医師情報
氏名
住所
電話番号

特記事項
特記事項
特記事項