

■ 基本情報

Form with fields for patient name, birth date, gender, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

Form for recording symptoms, including onset date and clinical course.

B. 検査結果

Form for recording laboratory results such as hemoglobin, platelet count, and renal function.

Form for recording laboratory data including hematology, clinical chemistry, and immunology.

C. 診断診断 (診断)

Form for recording diagnostic criteria and test results.

<診断のカテゴリー>

Form for recording diagnosis category and criteria.

症状の経過、経過、特徴すべき事項など

Form for recording clinical course and characteristics.

■ 発症と経過

Form for recording onset and course.

■ 治療その他

Form for recording treatment and other medical history.

Form for recording treatment details including drug names, dosages, and response.

■ 重症度分類に関する事項

Form for recording severity classification and related information.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording mechanical ventilation usage and patient status.

Form for recording hospital name, address, and contact information.

Footnote text providing additional information and instructions.

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, sex, date of birth, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

Table for recording main findings such as body height, weight, and vital signs.

B. 検査所見

Table for recording laboratory test results including hematology and clinical chemistry.

<診断のカテゴリー>

Form for recording diagnosis categories and related clinical information.

症状の経過、経過、特記すべき事項など

Text area for recording the course of symptoms and other notable items.

■ 発症と経過

Form for recording the onset and course of the disease.

■ 治療その他

Table for recording treatments and other medical interventions.

■ 重症度分類に関する事項

Form for recording severity classification criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial ventilation usage details.

Large form for recording laboratory test results, including renal function and electrolyte levels.

■ 有症状の臨床経過 (検査の所見、過去1年間の生活歴を併記している場合のみ記載) (066)

Table for recording clinical course with symptoms and past 1-year history.

C. 鑑別診断 (選択)

Form for recording differential diagnosis options.

Table for recording patient status, diet, and activity levels.

Form for recording patient name, address, and contact information.

Form for recording patient consent and other administrative information.

■ 基本情報

Table for basic information including patient name (姓(姓), 姓(姓), 名(名)), birth date (西暦 年 月 日), birth place (都道府県, 市町村), address (住所), sex (性別), and medical history (家族歴).

■ 診断基準に関する事項

Table with columns for criteria (診断項目) and date (西暦 年 月 日).

A. 主要所見

Table for main findings (理学所見) listing systems like respiratory (呼吸器), digestive (消化器), circulatory (循環器), etc., with checkboxes for presence/absence/unknown.

B. 検査所見

Table for test findings (検査所見) including imaging (CT, MRI, etc.), laboratory tests (血液検査, etc.), and pathology (骨生検).

■ 治療その他

Table for treatment and other information (治療その他) covering various medical treatments like surgery (手術), radiation (放射線), and drug therapy (薬物療法).

■ 重症度分類に関する事項

Table for severity classification (重症度分類) with criteria like CKD stage (CKD 慢性腎臓病ステージ).

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for artificial respiration (人工呼吸器) including usage status (使用の有無) and specific details of use.

Form for recording the name of the physician (医師の氏名), hospital name (診療機関名), and hospital address (診療機関所在地).

同意書本文(第3項)を細読し、厳正に同意して、診療科目で指定された同意書は、本人の同意によるものであることを証明する文書として、必ず同意書に署名を捺印して提出してください。

Table with multiple columns for clinical information, possibly related to laboratory tests or specific procedures.

C. 遺伝学的検査 (新項)

Table for genetic testing (遺伝学的検査) including test name (遺伝子検査の名称) and date (実施 年 月 日).

D. 鑑別診断 (新項)

Table for differential diagnosis (鑑別診断) with checkboxes for various conditions.

＜診断のカテゴリ＞ (該当する項目に☑を記入する)

Table for diagnosis categories (診断のカテゴリ) with checkboxes for specific criteria.

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Text area for symptoms, course, and other notes (症状の概要、経過、特記すべき事項など).

■ 発症と経過 (新項)

Table for onset and course (発症と経過) with columns for date (年月日) and notes (経過).

■ 基本情報

受診者番号					
姓氏名	姓(姓)	姓(姓)	姓(姓)	姓(姓)	姓(姓)
別添番号	住所				
生年月日	西暦	年	月	日	性別 1.男 2.女
出生地(町村)					
印刷氏名(変更のある場合)	姓(姓)	名(姓)	姓(姓)	名(姓)	姓(姓)
病歴	1.あり 2.なし 3.不明 発症の経緯として 2.痛 3.し 4.同位(男性) 5.同位(女性) 6.腫れ(女性) 7.原身(女性) 8.肩(女性) 9.肩(女性) 10.肩(女性) 11.その他 病歴 ()				
発症年月	西暦 年 月				
社会保険	介護認定		要介護度		1 2 3 4 5
生活状況					
移動の状況	1.歩き回ることができない		2.歩くのが難しい		3.杖のみである
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題がある		2.歩くのが難しい		3.自分でできる
歩行の困難	1.問題がない		2.歩くのが難しい		3.歩くことができない
痛み/不快感	1.なし		2.中程度である		3.ひどい
不安/不安定さ	1.問題がない		2.中程度		3.ひどく不安定な歩行を呈している

■ 診断基準に関する事項

A. 臨床所見

1.自覚症状・身体所見					
1.腫脹・発熱(のり、麻痺、発熱)	1.あり	2.なし	3.不明	2.腫脹・発熱の有無	1.あり 2.なし 3.不明
2.関節の腫脹	1.あり	2.なし	3.不明	4.骨性の可動制限	1.あり 2.なし 3.不明
3.関節の腫脹(関節炎)	1.あり	2.なし	3.不明	5.関節の可動制限	1.あり 2.なし 3.不明
④生活機能障害					
1.日常生活・動作に支障を来さない 2.日常生活・動作に部分支障を来す 3.日常生活・動作に重大な支障を来し、自力での歩行は困難					

B. 検査所見

1.病理所見					
1.骨の炎症: 顕微鏡で付着骨化(黄色緑帯骨化)または黄色緑帯骨化(骨化)が認められる 2.該当 3.非該当					
検査年月日	西暦	年	月	日	
炎症	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
腫脹	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
骨化	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
2.CT: 関節腔内の増強が認められる 3.該当 4.非該当					
検査年月日	西暦	年	月	日	
炎症	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
腫脹	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
骨化	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
3.MRI: 軟部組織に高信号が認められる 4.該当 5.非該当					
検査年月日	西暦	年	月	日	
炎症	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
腫脹	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
骨化	1.あり	2.なし	3.未撮影	認められた骨化形態	1.塊状骨化 2.黄色緑帯
血液・生化学所見の異常					
炎症	1.あり	2.なし			

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	仰向きとベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖のみ <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行補助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可	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	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

医師の氏名	〒 宅地番号				
医師の〒番号	電話番号				
医師の氏名	〒 宅地番号				

※医師の氏名・〒番号・電話番号は、医師の氏名・〒番号・電話番号を記載する際に必ず記載してください。
 ※医師の氏名・〒番号・電話番号は、医師の氏名・〒番号・電話番号を記載する際に必ず記載してください。
 ※医師の氏名・〒番号・電話番号は、医師の氏名・〒番号・電話番号を記載する際に必ず記載してください。

C. 鑑別診断 (診断)

1.1.全身性関節炎 2.1.全身性関節炎 3.1.全身性関節炎 4.1.全身性関節炎 5.1.全身性関節炎 6.1.全身性関節炎 7.1.全身性関節炎 8.1.全身性関節炎 9.1.全身性関節炎 10.1.全身性関節炎 11.1.全身性関節炎 12.1.全身性関節炎 13.1.全身性関節炎 14.1.全身性関節炎 15.1.全身性関節炎 16.1.全身性関節炎 17.1.全身性関節炎 18.1.全身性関節炎 19.1.全身性関節炎 20.1.全身性関節炎 21.1.全身性関節炎 22.1.全身性関節炎 23.1.全身性関節炎 24.1.全身性関節炎 25.1.全身性関節炎 26.1.全身性関節炎 27.1.全身性関節炎 28.1.全身性関節炎 29.1.全身性関節炎 30.1.全身性関節炎 31.1.全身性関節炎 32.1.全身性関節炎 33.1.全身性関節炎 34.1.全身性関節炎 35.1.全身性関節炎 36.1.全身性関節炎 37.1.全身性関節炎 38.1.全身性関節炎 39.1.全身性関節炎 40.1.全身性関節炎 41.1.全身性関節炎 42.1.全身性関節炎 43.1.全身性関節炎 44.1.全身性関節炎 45.1.全身性関節炎 46.1.全身性関節炎 47.1.全身性関節炎 48.1.全身性関節炎 49.1.全身性関節炎 50.1.全身性関節炎 51.1.全身性関節炎 52.1.全身性関節炎 53.1.全身性関節炎 54.1.全身性関節炎 55.1.全身性関節炎 56.1.全身性関節炎 57.1.全身性関節炎 58.1.全身性関節炎 59.1.全身性関節炎 60.1.全身性関節炎 61.1.全身性関節炎 62.1.全身性関節炎 63.1.全身性関節炎 64.1.全身性関節炎 65.1.全身性関節炎 66.1.全身性関節炎 67.1.全身性関節炎 68.1.全身性関節炎 69.1.全身性関節炎 70.1.全身性関節炎 71.1.全身性関節炎 72.1.全身性関節炎 73.1.全身性関節炎 74.1.全身性関節炎 75.1.全身性関節炎 76.1.全身性関節炎 77.1.全身性関節炎 78.1.全身性関節炎 79.1.全身性関節炎 80.1.全身性関節炎 81.1.全身性関節炎 82.1.全身性関節炎 83.1.全身性関節炎 84.1.全身性関節炎 85.1.全身性関節炎 86.1.全身性関節炎 87.1.全身性関節炎 88.1.全身性関節炎 89.1.全身性関節炎 90.1.全身性関節炎 91.1.全身性関節炎 92.1.全身性関節炎 93.1.全身性関節炎 94.1.全身性関節炎 95.1.全身性関節炎 96.1.全身性関節炎 97.1.全身性関節炎 98.1.全身性関節炎 99.1.全身性関節炎 100.1.全身性関節炎					
---	--	--	--	--	--

<診断の分類>

鑑別: B-1(なし), A-1(なし)が認められたら、それは関節炎と見做すことができる 2.該当 3.非該当

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

■ 治療その他

今まで手術した部位					
手術年月日	西暦	年	月	日	手術の種類
手術年月日	西暦	年	月	日	手術の種類
手術年月日	西暦	年	月	日	手術の種類
今後手術予定の部位					
手術年月日	西暦	年	月	日	手術の種類
手術年月日	西暦	年	月	日	手術の種類
手術年月日	西暦	年	月	日	手術の種類

■ 重症度分類に関する事項

病歴等から重症度分類または黄色緑帯骨化が証明される		1.あり 2.ない/不明		
それが重症度分類の原因となつて、日常生活上支障を来する著しい運動機能障害を来す		1.あり 2.ない/不明		
重症度分類				
評価年月日	西暦	年	月	日
1.重症度分類				
2.重症度分類				
3.重症度分類				
4.重症度分類				
5.重症度分類				
6.重症度分類				
7.重症度分類				
8.重症度分類				
9.重症度分類				
10.重症度分類				
11.重症度分類				
12.重症度分類				
13.重症度分類				
14.重症度分類				
15.重症度分類				
16.重症度分類				
17.重症度分類				
18.重症度分類				
19.重症度分類				
20.重症度分類				
21.重症度分類				
22.重症度分類				
23.重症度分類				
24.重症度分類				
25.重症度分類				
26.重症度分類				
27.重症度分類				
28.重症度分類				
29.重症度分類				
30.重症度分類				
31.重症度分類				
32.重症度分類				
33.重症度分類				
34.重症度分類				
35.重症度分類				
36.重症度分類				
37.重症度分類				
38.重症度分類				
39.重症度分類				
40.重症度分類				
41.重症度分類				
42.重症度分類				
43.重症度分類				
44.重症度分類				
45.重症度分類				
46.重症度分類				
47.重症度分類				
48.重症度分類				
49.重症度分類				
50.重症度分類				
51.重症度分類				
52.重症度分類				
53.重症度分類				
54.重症度分類				
55.重症度分類				
56.重症度分類				
57.重症度分類				
58.重症度分類				
59.重症度分類				
60.重症度分類				
61.重症度分類				
62.重症度分類				
63.重症度分類				
64.重症度分類				
65.重症度分類				
66.重症度分類				
67.重症度分類				
68.重症度分類				
69.重症度分類				
70.重症度分類				
71.重症度分類				
72.重症度分類				
73.重症度分類				
74.重症度分類				
75.重症度分類				
76.重症度分類				
77.重症度分類				
78.重症度分類				
79.重症度分類				
80.重症度分類				
81.重症度分類				
82.重症度分類				
83.重症度分類				
84.重症度分類				
85.重症度分類				
86.重症度分類				
87.重症度分類				
88.重症度分類				
89.重症度分類				
90.重症度分類				
91.重症度分類				
92.重症度分類				
93.重症度分類				
94.重症度分類				
95.重症度分類				
96.重症度分類				
97.重症度分類				
98.重症度分類				
99.重症度分類				
100.重症度分類				

■ 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
理由	1.呼吸困難をきたした人工呼吸器 2.呼吸器を介して人工呼吸器 3.呼吸器を介して人工呼吸器 4.呼吸器を介して人工呼吸器 5.呼吸器を介して人工呼吸器 6.呼吸器を介して人工呼吸器 7.呼吸器を介して人工呼吸器 8.呼吸器を介して人工呼吸器 9.呼吸器を介して人工呼吸器 10.呼吸器を介して人工呼吸器 11.呼吸器を介して人工呼吸器 12.呼吸器を介して人工呼吸器 13.呼吸器を介して人工呼吸器 14.呼吸器を介して人工呼吸器 15.呼吸器を介して人工呼吸器 16.呼吸器を介して人工呼吸器 17.呼吸器を介して人工呼吸器 18.呼吸器を介して人工呼吸器 19.呼吸器を介して人工呼吸器 20.呼吸器を介して人工呼吸器 21.呼吸器を介して人工呼吸器 22.呼吸器を介して人工呼吸器 23.呼吸器を介して人工呼吸器 24.呼吸器を介して人工呼吸器 25.呼吸器を介して人工呼吸器 26.呼吸器を介して人工呼吸器 27.呼吸器を介して人工呼吸器 28.呼吸器を介して人工呼吸器 29.呼吸器を介して人工呼吸器 30.呼吸器を介して人工呼吸器 31.呼吸器を介して人工呼吸器 32.呼吸器を介して人工呼吸器 33.呼吸器を介して人工呼吸器 34.呼吸器を介して人工呼吸器 35.呼吸器を介して人工呼吸器 36.呼吸器を介して人工呼吸器 37.呼吸器を介して人工呼吸器 38.呼吸器を介して人工呼吸器 39.呼吸器を介して人工呼吸器 40.呼吸器を介して人工呼吸器 41.呼吸器を介して人工呼吸器 42.呼吸器を介して人工呼吸器 43.呼吸器を介して人工呼吸器 44.呼吸器を介して人工呼吸器 45.呼吸器を介して人工呼吸器 46.呼吸器を介して人工呼吸器 47.呼吸器を介して人工呼吸器 48.呼吸器を介して人工呼吸器 49.呼吸器を介して人工呼吸器 50.呼吸器を介して人工呼吸器 51.呼吸器を介して人工呼吸器 52.呼吸器を介して人工呼吸器 53.呼吸器を介して人工呼吸器 54.呼吸器を介して人工呼吸器 55.呼吸器を介して人工呼吸器 56.呼吸器を介して人工呼吸器 57.呼吸器を介して人工呼吸器 58.呼吸器を介して人工呼吸器 59.呼吸器を介して人工呼吸器 60.呼吸器を介して人工呼吸器 61.呼吸器を介して人工呼吸器 62.呼吸器を介して人工呼吸器 63.呼吸器を介して人工呼吸器 64.呼吸器を介して人工呼吸器 65.呼吸器を介して人工呼吸器 66.呼吸器を介して人工呼吸器 67.呼吸器を介して人工呼吸器 68.呼吸器を介して人工呼吸器 69.呼吸器を介して人工呼吸器 70.呼吸器を介して人工呼吸器 71.呼吸器を介して人工呼吸器 72.呼吸器を介して人工呼吸器 73.呼吸器を介して人工呼吸器 74.呼吸器を介して人工呼吸器 75.呼吸器を介して人工呼吸器 76.呼吸器を介して人工呼吸器 77.呼吸器を介して人工呼吸器 78.呼吸器を介して人工呼吸器 79.呼吸器を介して人工呼吸器 80.呼吸器を介して人工呼吸器 81.呼吸器を介して人工呼吸器 82.呼吸器を介して人工呼吸器 83.呼吸器を介して人工呼吸器 84.呼吸器を介して人工呼吸器 85.呼吸器を介して人工呼吸器 86.呼吸器を介して人工呼吸器 87.呼吸器を介して人工呼吸器 88.呼吸器を介して人工呼吸器 89.呼吸器を介して人工呼吸器 90.呼吸器を介して人工呼吸器 91.呼吸器を介して人工呼吸器 92.呼吸器を介して人工呼吸器 93.呼吸器を介して人工呼吸器 94.呼吸器を介して人工呼吸器 95.呼吸器を介して人工呼吸器 96.呼吸器を介して人工呼吸器 97.呼吸器を介して人工呼吸器 98.呼吸器を介して人工呼吸器 99.呼吸器を介して人工呼吸器 100.呼吸器を介して人工呼吸器
終了時期	西暦 年 月 日

■ 基本情報

Form with fields for student ID, name, address, birth date, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Form A: 症状 (Symptoms) with checkboxes for various symptoms like fatigue, weight change, and mood.

B. 検査所見

Form B: 検査所見 (Examination findings) with checkboxes for laboratory and imaging results.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration equipment usage, including fields for start date and type of equipment.

Form for hospital name, address, and phone number.

※ 当施設にて実施する検査は、医師の見解に基づき、医師の指示に従って実施することになります。

C. 診断 (診断)

Form for diagnosis with checkboxes for various conditions like depression, anxiety, and dementia.

<診断のカテゴリ>

Form for diagnosis category with checkboxes for specific categories.

症状の概要、経過、特徴的べき事項など

Form for symptom overview and characteristics.

■ 発症と経過 (新規)

Form for onset and course with checkboxes for onset type and location.

■ 治療その他

Form for treatment and other details with checkboxes for various treatments.

■ 重症度分類に関する事項

Form for severity classification with checkboxes for different levels of severity.