

■ 基本情報

受診者番号	性別	氏名(姓)	姓(姓)	名(名)
郵便番号	住所			
生年月日	年齢	年	月	日
性別	性別			
出生年月日	年齢	年	月	日
出生地	国	都道府県	市町村	町
家族歴	1. 父() 2. 母() 3. 兄弟姉妹() 4. 祖父母() 5. 叔父叔母() 6. その他()			
受診年月	年齢	年	月	日
社会保険	介護認定	1. 要介護 2. 要支援 3. なし		
生活状況	1. 単身一人暮らし 2. 同居家族あり 3. 施設生活あり			
病状の経過	1. 経過良好 2. 経過悪化 3. 進行中 4. 悪化中 5. その他			
病状の重症度	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度			
病状の持続性	1. 持続的 2. 持続的でない 3. 持続的でない			
病状の悪化	1. なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度			
病状の悪化	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度			

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

大脳症 全身性痙攣発作 失音・失聴 失食・嘔吐・血圧・呼吸器障害なし

小脳症 歩行障害 (歩) 歩行 脱衣困難 (脱) 脱衣 内服困難 (内) 内服

両側性顔面筋 強直性けい攣 過剰性顔面筋 両側性顔面筋 強直性けい攣 過剰性顔面筋

B. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施 あり なし

<診断のカテゴリー>

確定診断: A. 症状を複数認めることにより関節型エアラス・ダンス症候群を疑い、B. にもBに該当する 該当 非該当

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

小児例 (18才未満) *小児例は確定診断の状態のみに準じる (併発の場合は以下の欄の記入は不要) 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

エアラス・ダンス症候群に該当する 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

成人例 (併発の場合は以下の欄の記入は不要) 1. 該当 2. 非該当

(1) 先天性心疾患があり、薬物治療・手術によっても以下のNHR分類でII度以上である 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

■ 基本情報

受診者番号	性別	氏名(姓)	姓(姓)	名(名)
郵便番号	住所			
生年月日	年齢	年	月	日
性別	性別			
出生年月日	年齢	年	月	日
出生地	国	都道府県	市町村	町
家族歴	1. 父() 2. 母() 3. 兄弟姉妹() 4. 祖父母() 5. 叔父叔母() 6. その他()			
受診年月	年齢	年	月	日
社会保険	介護認定	1. 要介護 2. 要支援 3. なし		
生活状況	1. 単身一人暮らし 2. 同居家族あり 3. 施設生活あり			
病状の経過	1. 経過良好 2. 経過悪化 3. 進行中 4. 悪化中 5. その他			
病状の重症度	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度			
病状の持続性	1. 持続的 2. 持続的でない 3. 持続的でない			
病状の悪化	1. なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度			
病状の悪化	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度			

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

大脳症 全身性痙攣発作 失音・失聴 失食・嘔吐・血圧・呼吸器障害なし

小脳症 歩行障害 (歩) 歩行 脱衣困難 (脱) 脱衣 内服困難 (内) 内服

両側性顔面筋 強直性けい攣 過剰性顔面筋 両側性顔面筋 強直性けい攣 過剰性顔面筋

B. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施 あり なし

<診断のカテゴリー>

確定診断: A. 症状を複数認めることにより血管型エアラス・ダンス症候群を疑い、B. にもBに該当する 該当 非該当

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

小児例 (18才未満) *小児例は確定診断の状態のみに準じる (併発の場合は以下の欄の記入は不要) 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

エアラス・ダンス症候群に該当する 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

- I度 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症 (胸痛) を生じない
 - II度 軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作 (例えば、階段の上り、坂道歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症 (胸痛) を生ずる
 - III度 高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作 (例えば、平地歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症 (胸痛) を生ずる
 - IV度 心疾患のためかなりの身体活動も制限される。心不全症状や狭心症 (胸痛) が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する
- 2) (当該病状の出現と関係が不明な場合) 動脈硬化や高血圧を含む臓器病を1回以上発症した場合 1. 該当 2. 非該当 3. 不明
- 3) 患者の手帳記入上の低下血腫が4回以上出現した場合 (ただし、同じ時期に出現した低下血腫を同一とみなす) 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無 あり

開始時期 西暦 年 月

■ 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		開始の状況	あり	なし
開始時期	西暦	年 月	開始の状況	あり	なし
使用状況	1. 常時使用 2. 必要時使用 3. その他		使用の状況	あり	なし
生活状況	食事	睡眠	歩行	車椅子・ベッド間の移動	その他
	常時	常時	常時	常時	常時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時

医療機関名 所在地 電話番号

医師の氏名 印 記載年月日 年 月 日

※併発病状に関する記載は、医師の診断に基づいて、当該病状に特化した記載を要する。併発病状の記載は、当該病状の記載を要する。併発病状の記載は、当該病状の記載を要する。

成人例 (併発の場合は以下の欄の記入は不要) 1. 該当 2. 非該当

(1) 先天性心疾患があり、薬物治療・手術によっても以下のNHR分類でII度以上である 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

- I度 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症 (胸痛) を生じない
 - II度 軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作 (例えば、階段の上り、坂道歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症 (胸痛) を生ずる
 - III度 高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作 (例えば、平地歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症 (胸痛) を生ずる
 - IV度 心疾患のためかなりの身体活動も制限される。心不全症状や狭心症 (胸痛) が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する
- 2) (当該病状の出現と関係が不明な場合) 動脈硬化や高血圧を含む臓器病を1回以上発症した場合 1. 該当 2. 非該当 3. 不明
- 3) 患者の手帳記入上の低下血腫が4回以上出現した場合 (ただし、同じ時期に出現した低下血腫を同一とみなす) 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無 あり

開始時期 西暦 年 月

■ 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		開始の状況	あり	なし
開始時期	西暦	年 月	開始の状況	あり	なし
使用状況	1. 常時使用 2. 必要時使用 3. その他		使用の状況	あり	なし
生活状況	食事	睡眠	歩行	車椅子・ベッド間の移動	その他
	常時	常時	常時	常時	常時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時
	必要時	必要時	必要時	必要時	必要時

医療機関名 所在地 電話番号

医師の氏名 印 記載年月日 年 月 日

※併発病状に関する記載は、医師の診断に基づいて、当該病状に特化した記載を要する。併発病状の記載は、当該病状の記載を要する。併発病状の記載は、当該病状の記載を要する。

168-4 エーラス・ダングロス症候群（後側型型エーラス・ダングロス症候群）

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状（該当する項目に記号を記入すること）

Checklist for symptoms and signs, including hearing and vision.

B. 生化学的検査（生化学的所見）

Form for biochemical test results.

C. 遺伝学的検査

Form for genetic test results.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnostic category selection.

■ 重症度分類に関する事項（該当する項目に記号を記入する）

Form for severity classification.

成人用（併発症の場合は以下の欄の記入は不要） 1.該当 2.非該当 3.不明

Form for adult patient assessment with checkboxes for various symptoms.

■ 体外式補助人工心臓に関する事項（使用者のみ記入）

Form for external artificial heart usage.

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

Form for artificial ventilation usage.

Form for hospital and doctor information.

Form for consent and contact information.

168-5 エーラス・ダングロス症候群（多発関節型型エーラス・ダングロス症候群）

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状（下記で該当する項目に、記号を記入すること）

Checklist for symptoms and signs, including hearing and vision.

B. 生化学的検査（生化学的所見）

Form for biochemical test results.

C. 遺伝学的検査

Form for genetic test results.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnostic category selection.

■ 重症度分類に関する事項

Form for severity classification.

成人用（併発症の場合は以下の欄の記入は不要） 1.該当 2.非該当 3.不明

Form for adult patient assessment with checkboxes for various symptoms.

■ 体外式補助人工心臓に関する事項（使用者のみ記入）

Form for external artificial heart usage.

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

Form for artificial ventilation usage.

Form for hospital and doctor information.

Form for consent and contact information.

新規 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状 (以下の該当する項目に、☑を記入すること)

Checklist for symptoms: 大起群, 小起群, 不安定, etc.

B. 生化学所見 (生化学所見)

Form for biochemical findings: 1型プロテオグリアンプロセッシング阻害

C. 遺伝学的検査

Form for genetic testing: 遺伝子検査の実施, 遺伝子

<診断のカテゴリー>

Form for diagnosis category: 確定診断, 1.該当 2.非該当 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)

Form for severity classification: 小児例 (18才未満), エーラス・ダンス症候群に該当する

新規 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状 (以下の該当する項目に、☑を記入すること)

Checklist for symptoms: 大起群, 小起群, 不安定, etc.

B. 検査所見

Form for laboratory findings: 生化学所見, 皮膚鏡所見

C. 遺伝学的検査

Form for genetic testing: 遺伝子検査の実施, 遺伝子

<診断のカテゴリー>

Form for diagnosis category: 確定診断, 1.該当 2.非該当 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)

Form for severity classification: 小児例 (18才未満), エーラス・ダンス症候群に該当する

Form for adult cases with checkboxes for symptoms and severity.

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for extracorporeal artificial heart: 使用の有無, 開始時期

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial ventilation: 使用の有無, 開始時期, 呼吸器の種類

Form for hospital information: 医療機関名, 所在地, 電話番号

Footnote text regarding data collection and privacy.

新規 更新

Form for adult cases with checkboxes for symptoms and severity.

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for extracorporeal artificial heart: 使用の有無, 開始時期

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial ventilation: 使用の有無, 開始時期, 呼吸器の種類

Form for hospital information: 医療機関名, 所在地, 電話番号

Footnote text regarding data collection and privacy.

新規 更新

■ 基本情報

患者番号	氏名	性別	年齢	病歴
性別	氏名	性別	年齢	病歴
出生年月	出身	生年	性別	性別
出生年月	出身	生年	性別	性別
出生年月	出身	生年	性別	性別
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名
婚姻歴	氏名	氏名	氏名	氏名

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

症状の概要、経過、特記すべき事項など	
--------------------	--

A. 症状が始まる前の状態から発生する症状である

1. 過去の症状の持続性	1. 持続 2. 断続 3. 不明
2. 頻度	1. 頻発 2. 頻度不明 3. 不発
3. 持続期間	1. 短発 2. 持続 3. 不発
4. 発症部位	1. 持続 2. 断続 3. 不明
5. 疼痛/痒み	1. 持続 2. 断続 3. 不明
6. 発熱/夜汗	1. 持続 2. 断続 3. 不明

B. 検査結果 (該当する項目に○を記入する)

1. 検査結果	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
2. 検査結果	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
3. 検査結果	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
4. 検査結果	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
5. 検査結果	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明

C. 診断検査

検査結果	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
------	-------------------

D. 経過観察

経過観察	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
------	-------------------

E. 遺伝子検査

遺伝子検査	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
-------	-------------------

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)

Definite	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
Probable	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
Possible	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明

■ 発症と経過

発症年齢	年齢
------	----

■ 検査その他

検査	kg	cm	
検査結果	陽性	陽性	陽性
検査結果	陽性	陽性	陽性

■ 重症度分類に関する事項

重症度	重症度	重症度
-----	-----	-----

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器	人工呼吸器	人工呼吸器
-------	-------	-------

検査結果	検査結果	検査結果
------	------	------

※ 検査結果は、検査結果に基づいて、診断結果が異なる場合があります。ご了承ください。
※ 検査結果は、検査結果に基づいて、診断結果が異なる場合があります。ご了承ください。
※ 検査結果は、検査結果に基づいて、診断結果が異なる場合があります。ご了承ください。
※ 検査結果は、検査結果に基づいて、診断結果が異なる場合があります。ご了承ください。

170 オクシタルホン症候群

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

患者情報記入欄 (年齢、性別、病歴、家族歴、社会背景、生活習慣、病状の経過)

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項などの記入欄

A. 症状

主訴 (1. 本人低下, 2. 歩行困難, 3. 視覚障害) の有無を判断する欄

B. 検査所見

検査結果 (1. 血液検査, 2. 画像検査, 3. 神経生理学的検査, 4. 病理学的検査) の有無を判断する欄

C. 鑑別診断

鑑別診断 (1. 全て除外可, 2. 除外不可, 3. 不明) の有無を判断する欄

171 ウイルン病

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

患者情報記入欄 (年齢、性別、病歴、家族歴、社会背景、生活習慣、病状の経過)

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項などの記入欄

A. 症状 (該当する項目に○を記入する)

1. Kayser-Fleischer 角膜輪 (該当/除外/不明) の有無を判断する欄

B. 検査所見 (該当する項目に○を記入する)

血液検査 (1. 血清銅濃度, 2. アムスルチン濃度), 尿検査 (1. 尿銅濃度, 2. 尿アムスルチン濃度) の有無を判断する欄

C. 遺伝子検査 (該当する項目に○を記入する)

遺伝子検査の結果 (1. 変異, 2. 未変異) を判断する欄

D. 遺伝子検査

遺伝子検査の結果 (1. 変異, 2. 未変異, 3. 不明) を判断する欄

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)

Definite, Probable, Possible の診断カテゴリーを判断する欄

■ 特異検査

特異検査の結果 (1. 該当, 2. 該当可, 3. 不明) を判断する欄

■ 重症度分類に関する事項

Berdahl Index (食事, 歩行, 入浴, 視覚障害, 排泄コントロール) の重症度を判断する欄

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器の使用の有無 (1. あり, 2. なし) と詳細な使用状況を判断する欄

■ 医療機関所在地

医療機関の所在地 (郵便番号, 電話番号, 医師の氏名) を記入する欄

※ 病状の経過、検査結果、治療経過、その他について、医師の氏名を記入してください。

D. 鑑別診断

鑑別診断 (1. 全て除外可, 2. 除外不可, 3. 不明) の有無を判断する欄

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)

Definite, Probable, Possible の診断カテゴリーを判断する欄

■ 発症と経過

発症の経緯 (1. あり, 2. なし, 3. 不明) を判断する欄

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に○を記入する)

Child-Pugh 分類 (肝臓, 腎臓, 脳, 出血傾向, 肝性脳症) の重症度を判断する欄

modified Rankin Scale (mRS)

mRS (0-6) の重症度を判断する欄

食事・栄養

食事・栄養 (1. 摂取可, 2. 摂取不可, 3. 不明) の有無を判断する欄

排泄

排泄 (1. 排泄可, 2. 排泄不可, 3. 不明) の有無を判断する欄

OXD 重症度分類マッピング (該当する項目に○を記入する)

OXD 重症度分類マッピング (意識, 呼吸, 循環, 消化, 排泄, 栄養) の重症度を判断する欄

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器の使用の有無 (1. あり, 2. なし) と詳細な使用状況を判断する欄

療行状況	1. 開始が滞行	2. 説明・指導が滞行	3. 実行が滞行	4. 実行が滞行
生活リズム	食事 入浴 夜間滞行 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	服薬手帳とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 排泄 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名 _____ 電話番号 _____

医療機関所在地 _____ 電話番号 _____

医師の氏名 _____ 印 記載年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 後日書き込みが可能なこと

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

172 極末スファータゼ症

新規 更新

■ 基本情報

医療機関番号	氏名(姓)	性別	年齢
病棟番号	住所		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1. 男 2. 女
出生年月日			
出生時氏名(変更のある場合)	姓(姓) 名(名)	性別	年齢
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 兄弟姉妹あり 2. 母 3. 子 4. 同胞(男性) 5. 同胞(女性) 6. 兄(兄弟) 7. 妹(兄弟) 8. 祖父(母方) 9. 祖母(母方) 10. いとこ 11. その他 病歴 ()		
発症年月	西暦 年 月		
生活保護	介護認定	1. 要介護 2. 要支援 3. なし	要介護度 1 2 3 4 5
生活状況	移動の程度 1. 歩行自立に困難がない 2. いくらか困難がある 3. 寝たきりである 身の回りの管理 1. 食事や排泄の管理がよい 2. いくらか困難がある 3. 自分でできない 社会的活動 1. 問題がない 2. いくらか困難がある 3. 行うことができない 電灯/不眠 1. なし 2. 中程度ある 3. ひどい 不安/ふさぎ感 1. 問題がない 2. 中程度 3. ひどく不安がある/ふさぎ感がある		

■ 診断基準に関する事項
症状の観察、経過、特徴すべき事項など

A. 症状 該当する項目に記号を記入する)

1. 骨石の形成 二骨石塊を肉眼で見ると骨の基質に石灰化 <input type="checkbox"/> 石灰質の沈着 <input type="checkbox"/> 骨質の骨質が変性	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. 乳突の早期吸収 (4歳未満の場合)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

B. 検査結果

1. 血清アルカリホスファターゼ(ALP)値が高い(年齢に応じた範囲を超える)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
尿P: _____ 尿Ca: _____	
2. 骨密度: _____	

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の結果	1. 変異 2. 不変異
二重鎖DNA検査 (ASAP)	

<診断のカテゴリー>

1. 確定: 以下と血清ALP値、尿石、特異的ALP (ASAP)の発見
2. 疑い: 確定1つ以上と血清ALP値異常
3. 不明: 確定1つもない

■ 臨床経過 (該当する項目に記号を記入する)

病歴(出生時以降)と発症 (アームスパン) 身長 cm 年齢 cm	1. あり 2. なし 3. 不明
骨質の硬さと弾性 (硬質) _____	1. あり 2. なし 3. 不明
骨質の硬さと弾性と骨質の弾性 (硬質) _____	1. あり 2. なし 3. 不明
骨質の硬さと弾性と骨質の弾性 (硬質) _____	1. あり 2. なし 3. 不明
骨質の硬さと弾性と骨質の弾性 (硬質) _____	1. あり 2. なし 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項
modified Rankin Scale (mRS)

0. まったく症状がない 1. 軽度(歩行も問題ない) 2. 中等度(歩行も問題ない)

3. 重度(歩行も問題ない) 4. 非常に重度(歩行も問題ない) 5. 死亡

食事・栄養

1. 問題ない 2. 問題がある 3. 問題が大きい 4. 問題が非常に大きい

5. 問題が非常に大きい 6. 問題が非常に大きい 7. 問題が非常に大きい

褥瘡

1. 問題ない 2. 問題がある 3. 問題が大きい 4. 問題が非常に大きい

5. 問題が非常に大きい 6. 問題が非常に大きい 7. 問題が非常に大きい

■ 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
理由	1. 呼吸困難を伴った人工呼吸器 2. 意識障害を伴った人工呼吸器
使用状況	1. 開始が滞行 2. 説明・指導が滞行 3. 実行が滞行 4. 実行が滞行
生活状況	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 入浴 <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 不可 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 不可 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 不可

医療機関名 _____ 電話番号 _____

医療機関所在地 _____ 電話番号 _____

医師の氏名 _____ 印 記載年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 後日書き込みが可能なこと

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

※ 病名記載は、医師の診断書、処方箋に準じて、記載する。記載内容が不明な場合は、医師の指示に従って記載する。

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 状態 該当する項目に記号を記入する

Checklist for symptoms and signs including weight loss, fatigue, and cognitive changes.

B. 診断補助

Form for additional diagnostic information like imaging and lab tests.

<診断のカテゴリー>

Form for selecting a diagnostic category.

■ 重症化分類に関する事項 (該当する項目に記号を記入する)

Form for severity classification based on JNTHA criteria.

- Criteria for modified Rankin Scale (mRS) including consciousness, motor function, and language.

② modified Rankin Scale (mRS)

- Criteria for mRS levels from 0 to 5, including consciousness and motor function.

食事・栄養

- Criteria for nutritional status including weight loss and dietary intake.

呼吸

- Criteria for respiratory symptoms including cough and shortness of breath.

③ CKD 重症化分類ヒートマップ

Heatmap for CKD severity classification based on eGFR and proteinuria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for mechanical ventilation usage including start/end dates and mode.

Form for patient information including name, date of birth, and contact details.

- Notes and instructions for the mechanical ventilation section.

<診断のカテゴリー>

Form for selecting a diagnostic category.

■ 基本情報

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状 該当する項目に記号を記入する

Checklist for symptoms and signs including cough, sputum, and chest pain.

B. 検査学的検査

Form for laboratory test results including sputum and blood tests.

■ 発症と経過 (新規)

Form for onset and course of the disease.

■ 治療その他 (該当する項目に記号を記入する)

Form for treatment and other interventions.

■ 重症化分類に関する事項

Rankin 4以上の肺炎・ハコラ病重症化 stage 分類

- Criteria for Rankin 4+ pneumonia/haemorrhage severity classification.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for mechanical ventilation usage including start/end dates and mode.

Form for patient information including name, date of birth, and contact details.

- Notes and instructions for the mechanical ventilation section.

新規 更新

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, gender, family history, and clinical details.

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状 該当する項目に必ず記入する

Table with 4 rows of symptoms and checkboxes for presence/absence.

B. 遺伝学的検査

Form for genetic testing results.

<診断のカテゴリ>

Form with checkboxes for diagnostic categories.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for severity classification with checkboxes for various criteria.

Form for consent and other administrative information.

2. 成人例 (併発症の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.非該当

1) 難治性心臓

Form for adult example, category 1.

2) NYHA分類

Form for NYHA classification with checkboxes for class I-IV.

3) 呼吸・栄養

Form for respiratory and nutritional status.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial ventilation details.

Form for hospital and doctor information.

Footnote explaining the form's purpose and usage.

2. 成人例 (併発症の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.非該当

1) 難治性心臓

Form for adult example, category 1.

2) NYHA分類

Form for NYHA classification with checkboxes for class I-IV.

3) 呼吸・栄養

Form for respiratory and nutritional status.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial ventilation details.

Form for hospital and doctor information.

Footnote explaining the form's purpose and usage.

新規 更新

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, gender, family history, and clinical details.

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Blank text area for clinical notes.

A. 症状

Table with 3 rows of symptoms and checkboxes for presence/absence.

B. 遺伝学的検査

Form for genetic testing results.

<診断のカテゴリ>

Form with checkboxes for diagnostic categories.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for severity classification with checkboxes for various criteria.

