

☐ 新規 ☐ 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

Blank box for diagnostic criteria notes.

A. 症状

Form for symptoms with checkboxes for various conditions.

B. 運動学的検査

Form for physical examination results.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に必ず記入する)

Form for diagnostic categories with checkboxes.

■ 重症化分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for severe classification criteria.

Form for medical history and symptoms.

2. 成人例 (伊勢崎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 example criteria.

② NYHA分類

Form for NYHA classification with checkboxes for I, II, III, IV.

③ 呼吸・栄養

Form for respiratory and nutrition status.

④ CKD重症化分類シートマップ

Form for CKD classification map with various checkboxes.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration usage with checkboxes for various modes.

Form for medical information including hospital name and phone number.

Notes and instructions for the artificial respiration section.

C. 運動学的検査

Form for physical examination results.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に必ず記入する)

Form for diagnostic categories with checkboxes.

重症化分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for severe classification criteria.

2. 成人例 (伊勢崎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 example criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration usage with checkboxes for various modes.

Form for medical information including hospital name and phone number.

Notes and instructions for the artificial respiration section.

☐ 新規 ☐ 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

Blank box for diagnostic criteria notes.

A. 主訴の状況 (該当する項目に必ず記入する)

Form for main symptoms with checkboxes for various conditions.

B. 病状の状況 (該当する項目に必ず記入する)

Form for clinical status with checkboxes for various conditions.

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号, 性別, 年齢, 住所, 生年月日, 出生年月日, 家族歴, 発症年月, 社会背景, 生活状況, 稼働の程度, 家の周りの管理, ふたりの活動, 病入/休退, 不眠/不穏さ

■ 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 symptoms and course.

A. 症状 (該当する項目に記号を記入する)

1. 睡眠覚醒リズム, 2. 精神状態, 3. 認知機能, 4. 身体症状, 5. 気分が落ち込む, 6. 社会性喪失

B. 診断学的特徴

電子記録が可能な, 診断

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

確定診断, 臨床診断, 可能性あり

■ 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)

1) 重症度分類

主なためらい, 1年以上経過, 1.該当 2.非該当 3.不明

2) NYHA分類

1.1度, 2.2度, 3.3度, 4.4度

3) 病後・病後

以下の状態に該当する, 1.該当 2.非該当 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, 稼働期間, 稼働状況, 稼働内容

医師情報, 医師氏名, 医師氏名, 医師の氏名, 医師の氏名

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号, 性別, 年齢, 住所, 生年月日, 出生年月日, 家族歴, 発症年月, 社会背景, 生活状況, 稼働の程度, 家の周りの管理, ふたりの活動, 病入/休退, 不眠/不穏さ

■ 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 symptoms and course.

A. 症状

1. 精神状態, 2. 認知機能, 3. 身体症状, 4. 気分が落ち込む, 5. 社会性喪失

B. 診断学的特徴

1. 確定診断, 2. 臨床診断, 3. 可能性あり

C. 診断

以下の状態に該当し、記号を記入する, 1. 可能性あり 2. 可能性不可 3. 不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

Definite, Possible, Doubtful

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類

主なためらい, 1年以上経過, 1.該当 2.非該当 3.不明

modified Rankin Scale (mRS)

0. 全く症状がない, 1. 軽微な症状, 2. 軽度の障害, 3. 軽度の障害, 4. 軽度の障害

食事・栄養

1. 医師による, 2. 医師による, 3. 医師による, 4. 医師による

病後

1. 医師による, 2. 医師による, 3. 医師による, 4. 医師による

NYHA分類 (該当する項目に記号を記入する)

1.1度, 2.2度, 3.3度, 4.4度

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無, 稼働期間, 稼働状況, 稼働内容

医師氏名	〒	〒
医療機関所在地	〒	〒
医師の氏名	〒	〒

印 記 録 年 月 日 自治医または医師のこと

※本調査は医師の個人調査、医師個人で行って、医師個人に帰属する結果とする。医師個人に帰属する結果とする。医師個人に帰属する結果とする。

198 40 欠血症候群 新規 更新

■ 基本情報

受付番号	性別	年齢	性別
系統番号	住所	〒	〒
生年月日	性別	性別	性別
出生地	出生地	出生地	出生地
初診日	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
発症年月	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
社会保険	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
生活状況	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明

■ 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

1. 精神不安定	1.あり 2.なし 3.不明
2. けいれん発作	1.あり 2.なし 3.不明
3. “ギョシヤ兵士のヘルメット感”と作られる痛	1.あり 2.なし 3.不明

B. 遺伝性検査

遺伝性検査の結果

1.あり 2.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)

1. 小児型 (18才未満) *小児型とは以下の欄の記入は不要 1.該当 2.非該当

脳脊髄液の検査として、けいれん発作、意識障害、発熱、頭痛、嘔吐、背脊液の成分のうち1つ以上異常な場合であること

脳脊髄液の検査として、けいれん発作、意識障害、発熱、頭痛、嘔吐、背脊液の成分のうち1つ以上異常な場合であること

脳脊髄液の検査として、けいれん発作、意識障害、発熱、頭痛、嘔吐、背脊液の成分のうち1つ以上異常な場合であること

2. 成人型

2) 顕性成人型 (顕性とは以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.非該当

1年以上顕性成人型と診断された患者の割合を算出した患者 (100名未満) による診断

3) NYHA分類

先天性心疾患があり、薬物治療・手術によっても以下のNYHA分類で2年以上である

1.該当 2.非該当 3.不明

I度 心疾患があるが身体活動に制限はない、日常の身体活動(仕事、散歩、仲間集、失神あるいは狭心症(胸痛)を生じない)から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽度労作(無症状、日常労作のうち、比較的軽い労作(例えば、階段上り、洗濯など)で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心症(胸痛)を生ずる。

II度 高度の身体活動の制限がある。安静時または軽度労作(無症状、日常労作のうち、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。

III度 心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状(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。

4) 呼吸・栄養

以下の状態に該当する

1.該当 2.非該当 3.不明

慢性呼吸不全 慢性腎臓病 慢性心不全 慢性肝臓病 慢性膵臓病 慢性膵臓病 慢性膵臓病

■ 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	1.あり 2.なし
種類	1.気管挿入型 2.経口型 3.経鼻型 4.経皮型
使用状況	1.常時使用 2.夜間使用 3.1日中常時 4.緊急時使用
生活機能	1.あり 2.なし 3.不明
食事	1.あり 2.なし 3.不明
入浴	1.あり 2.なし 3.不明
服薬管理	1.あり 2.なし 3.不明
訓練コントロール	1.あり 2.なし 3.不明

医師氏名	〒
医療機関所在地	〒
医師の氏名	〒

印 記 録 年 月 日 自治医または医師のこと

※本調査は医師の個人調査、医師個人で行って、医師個人に帰属する結果とする。医師個人に帰属する結果とする。医師個人に帰属する結果とする。

199 50 欠失症候群

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の観察、経過、特記すべき事項など

Blank text area for clinical observations and notes.

A. 症状

Form with checkboxes for symptoms like 'Newly appearing breast lump', 'Small lump', and 'Breast pain'.

B. 進行的特徴

Form with checkboxes for 'Progressive enlargement' and 'Secondary color change of the skin'.

<診断のカテゴリー>

Form with checkboxes for 'Breast lump' and 'Breast pain'.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目全てに、○を記入する)

Form with checkboxes for 'Breast lump' and 'Breast pain' with detailed descriptions of severity criteria.

200 第14番染色体欠損性遺伝性一症候群

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

症状の観察、経過、特記すべき事項など

Blank text area for clinical observations and notes.

A. 症状 (該当する項目に○を記入する)

Form with checkboxes for symptoms like 'Breast lump', 'Breast pain', 'Breast discharge', and 'Breast deformity'.

B. 進行的特徴

Form with checkboxes for 'Progressive enlargement' and 'Secondary color change of the skin'.

2. 成人期 (併診者の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.非該当

① 顕性遺伝性

Form with checkboxes for 'Manifest inheritance'.

② NYHA分類

Form with checkboxes for NYHA classification levels (I-IV) and descriptions of symptoms.

③ 呼吸・栄養

Form with checkboxes for respiratory and nutritional status.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for artificial respiration use and details of the device.

Form with fields for hospital name, address, and doctor's name.

Notes and instructions for the form, including contact information and a disclaimer.

<診断のカテゴリー>

Form with checkboxes for 'Breast lump' and 'Breast pain'.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に○を記入する)

Form with checkboxes for 'Breast lump' and 'Breast pain' with detailed descriptions of severity criteria.

② NYHA分類

Form with checkboxes for NYHA classification levels (I-IV) and descriptions of symptoms.

③ 呼吸・栄養

Form with checkboxes for respiratory and nutritional status.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for artificial respiration use and details of the device.

Form with fields for hospital name, address, and doctor's name.

Notes and instructions for the form, including contact information and a disclaimer.

新規 更新

■ 基本情報

受診番号、性別、年齢、生年月日、住所、家族歴、社会背景、生活状況、行動の制限、服薬の管理、ふだんの生活、痛み/不快感、不安/ふさぎさみ

■ 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 diagnosis details.

A. 症状

1. 客観的に引き起こされる発作、2. 自覚性発作、3. 下痢発作を伴った持続的かつ頻回、4. 腹痛が持続的、5. 嘔吐を伴った発作

B. 遺伝学的検査

遺伝学的検査の結果、陽性結果の項目

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

陽性結果: 陽性結果の項目、陰性結果: 陽性結果の項目、その他: 陽性結果の項目

新規 更新

■ 基本情報

受診番号、性別、年齢、生年月日、住所、家族歴、社会背景、生活状況、行動の制限、服薬の管理、ふだんの生活、痛み/不快感、不安/ふさぎさみ

■ 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 diagnosis details.

A. 症状

1. 腹痛発作、2. 嘔吐を伴った持続的かつ頻回の腹痛、3. 発熱、4. 腹痛が持続的

B. 遺伝学的検査

遺伝学的検査の結果、陽性結果の項目

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

陽性結果: 陽性結果の項目、陰性結果: 陽性結果の項目、その他: 陽性結果の項目

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

1. 小児例 (16才未満)、2. 成人例 (16才以上)

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

1. 小児例 (16才未満)、2. 成人例 (16才以上)

2. 成人例 (16才以上の年齢)

1. 該当、2. 該当、3. 不明

3) 慢性性

1. 該当、2. 該当、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、使用期間、使用状況、生活状況

医療機関名、医療機関所在地、医師の名前

※ 医師の名前、施設名、住所、電話番号、メールアドレス、Eメール、FAX番号、ホームページのURL

新規 更新

1. 該当、2. 該当、3. 不明

2. 成人例 (16才以上の年齢)

1. 該当、2. 該当、3. 不明

3) NIV/CPAP

1. 該当、2. 該当、3. 不明

1. 該当、2. 該当、3. 不明

3) 慢性性

1. 該当、2. 該当、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、使用期間、使用状況、生活状況

医療機関名、医療機関所在地、医師の名前

※ 医師の名前、施設名、住所、電話番号、メールアドレス、Eメール、FAX番号、ホームページのURL

■ 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、特記すべき事項など

Text area for symptoms and medical history.

A. 検査所見

Table for test results with categories like ECG, chest X-ray, and echocardiography.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

Checklist for diagnostic categories.

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

Table for clinical findings with categories like chest pain, syncope, and fatigue.

■ 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、特記すべき事項など

Text area for symptoms and medical history.

A. 検査所見

Table for test results with categories like ECG, chest X-ray, and echocardiography.

<診断のカテゴリー>

Checklist for diagnostic categories.

■ 合併症 (該当する項目に☑を記入する)

Checklist for complications.

■ 治療その他

Form for treatment and other notes.

■ 治療その他

Form for treatment and other notes.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA分類

Form for NYHA classification with categories I, II, III, IV.

■ 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.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration with various sub-sections.

Form for patient identification and contact information.

Footnote text regarding data collection and privacy.

Form for patient identification and contact information.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA分類

Form for NYHA classification with categories I, II, III, IV.

■ 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.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration with various sub-sections.

Form for patient identification and contact information.

Footnote text regarding data collection and privacy.

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受診者番号、性別、年齢、出生年月日、家族歴、発症年月、社会保険、生活状況、病状の程度、歩行の管理、ふだんの活動、痛み/不快感、不安/ふささささ

■ 診断基準に関する事項

病状の概要、経過、特記すべき事項など

A. 検査所見

心エコー所見、胸部レントゲン、心臓CT/MRI、心臓MRI、心臓超音波検査

病型 (該当する項目に☑を記入する)

□ I 型 □ II 型 □ III 型 □ IV 型

<診断の категория>

完全大血管転位の診断: 心エコーまたは胸部CT/MRI検査で後右位左位の所見を認める

■ 合併症 (該当する項目に☑を記入する)

合併症: □ 心室中隔欠損 □ 肺動脈狭窄 □ 大動脈瘤 □ 三尖弁閉鎖不全 □ 不整脈 □ 右心不全

■ 治療その他

介入治療法、薬物治療法、手術法

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受診者番号、性別、年齢、出生年月日、家族歴、発症年月、社会保険、生活状況、病状の程度、歩行の管理、ふだんの活動、痛み/不快感、不安/ふささささ

■ 診断基準に関する事項

病状の概要、経過、特記すべき事項など

A. 主要所見

① 単心室 (この場合は肺動脈の存在や) ② 2つの心室に動脈が完全もしくはほぼ完全に導入している

B. 検査法 (該当する項目に☑を記入する)

□ 心臓超音波検査

<診断の категория>

心臓超音波検査または胸部CT/MRIで単心室を診断する

■ 合併症 (該当する項目に☑を記入する)

肥厚性心筋症/異常の合併、合併した場合の診断基準は異常の型、Fontan手術/合併症、肺動脈狭窄・閉鎖、分室、大動脈瘤・狭窄、大血管転位

心臓超音波検査、心臓CT/MRI検査

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA分類: □ I 度 □ II 度 □ III 度 □ IV 度

■ 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、開始時期

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無、開始時期、使用の理由、使用の状況

医師の氏名、医師の住所、医師の電話番号

※ 病状の進行、治療効果、検査結果等に関して、医師より主治医の同意を得た上で、この表に記入してください。

■ 治療その他

介入治療法、薬物治療法、手術法

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA分類: □ I 度 □ II 度 □ III 度 □ IV 度

■ 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、開始時期

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無、開始時期、使用の理由、使用の状況

医師の氏名、医師の住所、医師の電話番号

※ 病状の進行、治療効果、検査結果等に関して、医師より主治医の同意を得た上で、この表に記入してください。

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, birth date, sex, family, 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

Large empty text box for clinical notes.

A. 主要所見

Form for recording main findings and symptoms.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnostic category selection.

■ 治療その他

Form for recording treatments and other medical information.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA分類

Form for NYHA classification with checkboxes for I, II, III, and IV.

■ 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 usage.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration usage with a table for device types.

Form for hospital name and location.

Footnote text regarding data collection and usage.

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, birth date, sex, family, 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

Large empty text box for clinical notes.

A. 主要所見

Form for recording main findings and symptoms.

B. 検査所見 (該当する項目に☑を記入する)

Form for recording test results.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnostic category selection.

■ 合併症 (該当する項目に☑を記入する)

Form for recording complications.

■ 治療その他

Form for recording treatments and other medical information.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA分類

Form for NYHA classification with checkboxes for I, II, III, and IV.

■ 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 usage.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration usage with a table for device types.

Form for hospital name and location.

Footnote text regarding data collection and usage.