

新規 更新

■ 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. 主要所見

Table with 2 columns: finding and status (e.g., ①心不全, ②心臓病).

B. 検査方法 (該当する項目に☑を記入する)

Form for recording examination methods.

<診断の 카테고리>

Form for recording diagnosis categories.

■ 合併症

Table for recording comorbidities with checkboxes for presence/absence.

■ 治療その他

Table for recording treatments and other medical interventions.

■ 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

Table for NYHA classification with checkboxes for 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 recording extracorporeal artificial heart usage.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for recording artificial ventilation usage with checkboxes for various modes.

Form for recording hospital and home phone numbers.

Footnote text regarding data collection and consent.

新規 更新

■ 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. 主要所見

Table with 2 columns: finding and status (e.g., ①心不全, ②肺動脈圧).

B. 検査方法 (該当する項目に☑を記入する)

Form for recording examination methods.

<診断の カテゴリ>

Form for recording diagnosis categories.

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

Table for recording clinical findings with checkboxes for various symptoms.

■ 治療その他

Table for recording treatments and other medical interventions.

■ 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

Table for NYHA classification with checkboxes for 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 recording extracorporeal artificial heart usage.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for recording artificial ventilation usage with checkboxes for various modes.

Form for recording hospital and home phone numbers.

Footnote text regarding data collection and consent.

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受診番号, 種別, 病歴番号, 生年月日, 出生年月日, 家族歴, 発症年月, 社会保険, 生活状況, 病歴の概要, 身体の状態

■ 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 area for clinical notes.

A. 発症現

心エコー所見, ① 胸部心エコー検査の結果, ② 右房右室を包む右房心拡大と肺動脈の増大を認める, ③ 三尖弁の逆流を認める

<診断のカテゴリー>

エプスタイン病の診断: 心エコーにて①②③の全てを満たす

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

三大中等症(肺動脈増大, 右房右室拡大, 三尖弁逆流), テアノール, 上肢短縮などの不顕微

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受診番号, 種別, 病歴番号, 生年月日, 出生年月日, 家族歴, 発症年月, 社会保険, 生活状況, 病歴の概要, 身体の状態

■ 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 area for clinical notes.

A. 主病現

1. 腎臓病, B. 診断所見 (該当する項目に☑を記入する), C. 参考所見 (該当する項目に☑を記入する)

1. 発症, 2. 未発症, 3. 不明, Baloob-Tamir シェントシキ, 新発性 Glomer 腎, Friesen 腎, Sharma 腎, 二次性動脈硬化, 腎臓手術, 高度視力低下

■ 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 軽, □ II 軽, □ III 中, □ IV 重

■ 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, 開始年月, 種類, 設定, 使用状況

医師情報

医師氏名, 電話番号, 印, 記載年月日

報告書に際しては... 医師の氏名, 電話番号, 印, 記載年月日

D. 検査所見

1. 全て正常, 2. 一部異常, 3. 不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

確定診断: A. 主病現に加えB. 診断所見の1項目以上を満たすもの

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

1) CKD重症度分類, 2) 腎臓病, 3) 腎臓病

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無, 開始年月, 種類, 設定, 使用状況

医師情報, 医師氏名, 電話番号, 印, 記載年月日

報告書に際しては... 医師の氏名, 電話番号, 印, 記載年月日

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号								
検査番号	検査内容	検査結果	検査内容					
郵便番号	住所							
生年月日	性別	年齢	性別	1号	2号			
出生年月日								
出生地	姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)				
家族歴	1. 本人: 〇/△/× 不明 配偶者: 〇/△/× 不明 2. 兄弟姉妹: 〇/△/× 不明 3. 両親: 〇/△/× 不明 4. 祖母: 〇/△/× 不明 5. 祖父: 〇/△/× 不明 6. 伯父: 〇/△/× 不明 7. 叔母: 〇/△/× 不明 8. 従兄弟姉妹: 〇/△/× 不明 9. その他: 〇/△/× 不明							
通院年月	開始	年	月					
社会保険	介護認定	1. 要介護	2. 要支援	3. なし				
生活状況	1. 要介護					2. 要支援	3. なし	4. 5
病歴	1. 歩行困難: 〇/△/× 不明 2. 認知機能低下: 〇/△/× 不明 3. 尿失禁: 〇/△/× 不明 4. 便秘: 〇/△/× 不明 5. 脱水: 〇/△/× 不明 6. 嚥下障害: 〇/△/× 不明 7. その他: 〇/△/× 不明							
認知機能	1. 歩行困難: 〇/△/× 不明 2. 認知機能低下: 〇/△/× 不明 3. 尿失禁: 〇/△/× 不明 4. 便秘: 〇/△/× 不明 5. 脱水: 〇/△/× 不明 6. 嚥下障害: 〇/△/× 不明 7. その他: 〇/△/× 不明							
生活状況	1. 歩行困難: 〇/△/× 不明 2. 認知機能低下: 〇/△/× 不明 3. 尿失禁: 〇/△/× 不明 4. 便秘: 〇/△/× 不明 5. 脱水: 〇/△/× 不明 6. 嚥下障害: 〇/△/× 不明 7. その他: 〇/△/× 不明							

■ 診断基準に関する事項

症状の経過、経過、特記すべき事項など

■ 診断項目に記入する

病歴	1. 歩行困難: 〇/△/× 不明 2. 認知機能低下: 〇/△/× 不明 3. 尿失禁: 〇/△/× 不明 4. 便秘: 〇/△/× 不明 5. 脱水: 〇/△/× 不明 6. 嚥下障害: 〇/△/× 不明 7. その他: 〇/△/× 不明	2. 歩行困難: 〇/△/× 不明 3. 認知機能低下: 〇/△/× 不明 4. 尿失禁: 〇/△/× 不明 5. 便秘: 〇/△/× 不明 6. 脱水: 〇/△/× 不明 7. その他: 〇/△/× 不明	3. 歩行困難: 〇/△/× 不明 4. 認知機能低下: 〇/△/× 不明 5. 尿失禁: 〇/△/× 不明 6. 便秘: 〇/△/× 不明 7. その他: 〇/△/× 不明
----	---	--	---

A 成人における主要所見 (診断用)

検査年月	西暦	年	月		
血清アルブミン値	g/dL	1日尿蛋白値	g/day	尿蛋白 g/g Cr	g/g Cr

B 小児における主要所見 (診断用)

検査年月	西暦	年	月		
血清アルブミン値	g/dL	夜間尿量	mg/kg/day	早期尿蛋白 g/g Cr	g/g Cr

C 補助所見

以下項目を識別し、全項目でできる。除外された項目には記入する。 1. 除外可 2. 除外不可 3. 不明

自己免疫性疾患: グループA腎炎 グループB腎炎 IgA腎炎 その他の腎炎

代謝性疾患: 糖尿病 糖尿病性腎症 高尿酸血症 高脂血症

神経系疾患: アルツハイマー病 パーキンソン病 脳血管性疾患 脳腫瘍 脳梗塞 脳出血 脳挫傷 脳挫傷後症候群 脳挫傷後症候群 脳挫傷後症候群

薬物: フラタミン ペンシラミン 金剤

感染症: HIV 梅毒 結核 真菌症 寄生虫

その他: 腎臓病 腎臓病 腎臓病

CKD 重症度分類ヒートマップ

CKD	CKD	CKD	CKD			
1a (GFR 90以上)	1b (GFR 60-89)	2 (GFR 30-59)	3a (GFR 45-59)	3b (GFR 30-44)	4 (GFR 15-29)	5 (GFR <15)
血清クレアチニン値 (μmol/L)	0.6-0.9	1.0-1.9	2.0-2.9	3.0-5.9	6.0-11.9	12.0以上
血清クレアチニン値 (mg/dL)	0.7-1.2	1.3-2.7	2.8-3.5	3.6-6.7	7.0-13.3	13.6以上

■ 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						
開始年月	西暦	年	月				
理由	1. 気管支炎を併発した人工呼吸器 2. 肺炎を併発した人工呼吸器 3. 呼吸不全を併発した人工呼吸器 4. 呼吸不全を併発した人工呼吸器						
呼吸器	1. 機械的換気 2. 呼吸器の調節に特化 3. 人工呼吸器 4. 呼吸器の調節に特化						
生活状況	食事	自立	部分介助	完全介助	自立	部分介助	完全介助
	移動	自立	部分介助	完全介助	自立	部分介助	完全介助
	入浴	自立	部分介助	完全介助	自立	部分介助	完全介助
	排便管理	自立	部分介助	完全介助	自立	部分介助	完全介助
	非侵襲的呼吸	自立	部分介助	完全介助	自立	部分介助	完全介助

医師の氏名	
医師の職名	
医師の住所	
医師の電話番号	
医師のメールアドレス	

※ 医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。また、医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。

※ 医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。また、医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。

※ 医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。また、医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。

※ 医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。また、医師の氏名、職名、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。

<診断の категория> (該当する項目に記入する)

ネフローゼの診断基準 (低アルブミン血症、高度浮腫)を満たし、明らかでない原因がない	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
低アルブミン血症: <input type="checkbox"/> 成人の場合、血清アルブミン値 3.0 g/dL 以下 <input type="checkbox"/> 小児の場合、血清アルブミン値 2.5 g/dL 以下	
高度浮腫: <input type="checkbox"/> 成人の場合、蛋白尿 3.5 g/日以上 (4週間以内) または血清白蛋白/クレアチニン比が 3.5 g/gCr 以上の場合もこれに準ずる <input type="checkbox"/> 小児の場合、血清蛋白尿で 40 mg/day 以上または4週間以内血清白蛋白/クレアチニン比が 2.0 g/gCr 以上	

■ 臨床所見

過去1年間、悪化による入院	1. あり 2. なし 3. 不明	大動脈狭窄	1. あり 2. なし 3. 不明
既往の血栓	1. あり 2. なし 3. 不明	ありの場合、最終行発症年月日 (年 月 日)	

■ 検査所見

腎生筋	1. 実施 2. の実施 3. 不明	実施年月	西暦	年	月
腎臓の造影検査	1. 造影剤 2. 造影剤なし				
尿検査 (過去6ヶ月以内)	検査年月日	西暦	年	月	日
尿蛋白	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.	尿蛋白	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.		
1日尿蛋白量	g/day	尿蛋白 g/g Cr			
血清蛋白 (過去6ヶ月以内)	検査年月日	西暦	年	月	日
血清蛋白	g/dL	アルブミン	g/dL		
クレアチニン	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²		

■ 治療その他 (該当する項目に記入する)

使用時のステロイド、免疫抑制薬と投与量 (過去6ヶ月間の最高用量)	1. 実施 2. の実施 3. 不明			
ステロイド内服	mg/日			
ステロイド外用	mg/日			
シクロスポリン	mg/日			
タクロリムス	mg/日			
シクロホスファミド内服	mg/日			
シクロホスファミド静注	mg/1ヶ月			
リソキサリ	mg/1ヶ月			
シクロフェニルヒドラルミン	mg/日			
タクロリムス	mg/日			
その他 (薬名)	用量 mg/日			
これまでに使用したステロイド、免疫抑制薬の種類	1. あり 2. なし 3. 不明			
ステロイド内服	ステロイド外用	シクロスポリン	シクロホスファミド内服	シクロホスファミド静注
シクロホスファミド内服	シクロホスファミド静注	リソキサリ	シクロフェニルヒドラルミン	タクロリムス
その他 (薬名)				

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記入する)

小児 (18歳未満) *が腎臓病の重症度分類の重症度に関する。併発症の場合は以下の欄に記入は不要 1. 該当 2. 非該当

1. 半年間で2回以上再発した場合、および1年間4回以上再発した場合 2. 腎臓病の重症度分類の重症度に関する事項に該当する場合

3. 腎臓病を行った場合 4. その他にも該当しない

成人 (併発症の場合は以下の欄に記入は不要) 1. 該当 2. 非該当

1. ネフローゼ症候群の診断、腎臓病の重症度分類 (マクロヘミグロビン血症を含む) を伴って、慢性腎臓病に至る患者

2. ステロイド依存性 (ステロイドを減量あるいは中止後再発を2回以上繰り返したため、ステロイドを中止できなかった) 場合

3. 腎臓病の重症度分類ヒートマップが重症度の重症患者

4. 蛋白尿 3.5 g/day 以上の場合

5. その他にも該当しない

(参考) 再発を完全解除 (尿蛋白 < 0.3g/日 または 0.3g/gCr) なら、尿蛋白 1g/日 (1g/gCr) 以上、または (eGFR) 以上の尿蛋白が2ヶ月間持続する場合

223 一次性性腺機能低下性球体腎炎

■ 基本情報

患者情報記入欄 (性別、年齢、生年月日、病歴、検査結果など)

■ 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

診断基準に関する事項記入欄

A. 病理解析 (該当する項目に記号を記入する)

病理解析項目 (1. 性腺機能低下性球体腎炎、2. 男性性腺機能低下症、3. 女性性腺機能低下症、4. 男性・女性型、5. 男性・女性型、6. 混合型)

■ 治療その他 (該当する項目に記号を記入すること)

治療その他項目 (ステロイド治療、成長ホルモン治療、その他)

■ 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)

重症度分類項目 (小児例、成人例、CKD重症度分類、骨密度測定)

■ 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項目 (使用の有無、種類、使用状況)

医師情報記入欄 (医師名、所属、印)

医師の氏名、所属、印、記載年月日、平成 年 月 日

検査項目記入欄 (7. 尿検査、8. 血液検査)

B. 臨床所見

成人に対する診断基準

成人診断基準項目 (1. 診断基準、2. 診断基準)

C. 検査所見 (過去6ヶ月以内)

検査所見項目 (尿検査、血液検査)

D. 鑑別診断

鑑別診断項目 (1. 全て除外可、2. 除外不可、3. 不明)

<診断のカテゴリー>

診断カテゴリー項目 (A. 診断基準、B. 診断基準)

224 糖尿病性腎炎

■ 基本情報

受診者番号	氏名	性別	年齢
住所	〒 番 号		
生年月日	性別	性別	性別
出生の国	出生の国		
家族歴	1. 母 2. 父 3. 兄弟姉妹 4. 祖父 5. 祖母 6. 伯父(叔父) 7. 叔母(叔母) 8. 従兄弟(従姉妹) 9. その他()		
居住年月	国籍	年 月 日	性別
社会保険	健康保険	国民健康保険	介護保険
居住状況	1. 単身 2. 夫婦 3. その他()		
稼働状況	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
身体の不調	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
生活の困りごと	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
本人の自覚	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
本人の自覚	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		

■ 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

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 症状

1. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
2. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
3. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
4. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明

B. 検査結果

尿蛋白(24時間)	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
-----------	--------------------

C. 腎生体移植に関する事項

移植済み 移植予定 移植不可

*移植前検査レポートの添付を要す

<診断のカテゴリ>

A. 症例の診断が確定している。かつ、診断基準を満たしている。 該当 該当否 不明

■ 臨床所見

臨床所見	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
------	--------------------

225 先天性腎臓病

■ 基本情報

受診者番号	氏名	性別	年齢
住所	〒 番 号		
生年月日	性別	性別	性別
出生の国	出生の国		
家族歴	1. 母 2. 父 3. 兄弟姉妹 4. 祖父 5. 祖母 6. 伯父(叔父) 7. 叔母(叔母) 8. 従兄弟(従姉妹) 9. その他()		
居住年月	国籍	年 月 日	性別
社会保険	健康保険	国民健康保険	介護保険
居住状況	1. 単身 2. 夫婦 3. その他()		
稼働状況	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
身体の不調	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
生活の困りごと	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
本人の自覚	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		
本人の自覚	1. 歩行困難 2. 歩行困難がある 3. 自力で歩行できる		

■ 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

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 症状

1. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
2. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
3. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
4. 歩行困難	1. 該当 2. 該当否 3. 不明

B. 検査結果

1. 尿蛋白(24時間) > 300 mg/day	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
2. 尿蛋白(24時間) > 300 mg/day	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
3. 尿蛋白(24時間) > 300 mg/day	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
4. 尿蛋白(24時間) > 300 mg/day	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
5. 尿蛋白(24時間) > 300 mg/day	1. 該当 2. 該当否 3. 不明

C. 診断基準

以下の条件を満たしている。全て条件を満たしている。 該当 該当否 不明

D. 遺伝子検査

遺伝子検査の結果	1. 該当 2. 該当否
----------	--------------

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

1) 重症度分類(重症度)による重症度分類の重症度と予後

重症度 I	重症度 II	重症度 III	重症度 IV
重症度 I	重症度 II	重症度 III	重症度 IV

2) CKD 重症度分類ヒートマップ 重症度分類

重症度 I	重症度 II	重症度 III	重症度 IV
重症度 I	重症度 II	重症度 III	重症度 IV

3) 臨床所見

臨床所見	1. 該当 2. 該当否 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	2. なし
使用の理由	1. あり 2. なし	
使用の状況	1. あり 2. なし	
使用の状況	1. あり 2. なし	

重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項

<診断のカテゴリ>

A. 症例の診断が確定している。かつ、診断基準を満たしている。 該当 該当否 不明

■ 臨床所見

臨床所見	1. 該当 2. 該当否 3. 不明
------	--------------------

□ 新規 □ 更新

■ 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

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 (該当する項目に記を記入する)

Form for recording symptoms with checkboxes for various items.

B. 検査所見

Form for recording examination findings.

C. 検査診断

Form for recording laboratory and diagnostic test results.

<診断の категория> (該当する項目に記を記入する)

Form for recording the category of diagnosis.

■ 臨床所見 (該当する項目に記を記入する)

Form for recording clinical findings.

■ 診療その他 (該当する項目に記を記入する)

Form for recording treatment and other clinical information.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記を記入する)

日本糖尿病学会の重症度基準

Form for recording severity classification criteria.

※重症度の判定 (※30分) の留意

Form for recording notes on severity assessment.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial ventilation usage.

Form for recording patient information and dates.

Notes and instructions for the form.

□ 新規 □ 更新

■ 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

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 (該当項目に記を記入する)

Form for recording symptoms.

B. 検査所見 (該当項目に記を記入する)

Form for recording examination findings.

C. 検査診断

Form for recording laboratory and diagnostic test results.

D. 遺伝学的検査

Form for recording genetic test results.

Additional instructions for genetic testing.

<診断の категория> (該当する項目に記を記入する)

Form for recording the category of diagnosis.

■ 重症度分類に関する事項 (重症度) (該当項目に記を記入する)

Notes on severity classification.

Form for recording severity classification criteria.

Form for recording laboratory and diagnostic test results.

Form for recording patient information and dates.

Form for recording artificial ventilation usage.

Form for recording patient information and dates.

Form for recording artificial ventilation usage.

Form for recording patient information and dates.

