

229 肺動脈高血圧(自己免疫性又は先天性)

■ 基本情報

|       |   |      |           |
|-------|---|------|-----------|
| 受診者番号 | 姓(姓)  | 姓(名) | 名(姓)      |
| 年齢    | 住所  |      |           |
| 生年月日  | 西暦  | 年    | 月 日       |
| 出生年月  | 西暦  | 年    | 月 日       |
| 出身地域  | 姓(姓)  | 名(名) | 名(姓)      |
| 職業    | 1.あり 2.なし 3.不明<br>4.無業(専業主婦) 5.学生(専攻) 6.同僚(女性) 7.親戚(父) 8.親戚(母) 9.その他( ) |      |           |
| 通院年月  | 西暦  | 年    | 月 日       |
| 社会保険  | 1.国保 2.労災 3.なし  | 受診回数 | 1 2 3 4 5 |
| 生活状況  | 1.歩行困難がある 2.歩行が困難がある 3.歩行が困難はない   |      |           |
| 呼吸の状態 | 1.呼吸困難がある 2.呼吸困難はない   |      |           |
| 今の症状  | 1.胸が苦しい 2.胸が締めつけられる感がある 3.呼吸が浅い   |      |           |
| 労力の軽減 | 1.軽減がある 2.軽減がない   |      |           |
| 疲労感   | 1.強い 2.中程度 3.弱い   |      |           |
| 不安感   | 1.強い 2.中程度 3.弱い   |      |           |

■ 診断結果に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 主要所見 (該当する項目に☑を記入する)

以下の1-5の状況を確認する  1.該当  2.非該当  3.不明

1. 労力軽減状態  2. 呼吸  3. 呼吸  4. 呼吸  5. 呼吸

労力軽減状態がある場合  1. 呼吸  2. 呼吸  3. 呼吸  4. 呼吸  5. 呼吸

呼吸の状態  1. 呼吸  2. 呼吸  3. 呼吸  4. 呼吸

呼吸の状態  1. 呼吸  2. 呼吸  3. 呼吸  4. 呼吸

1. 呼吸  2. 呼吸  3. 呼吸  4. 呼吸

B. 検査結果 (該当する項目に☑を記入する)

1. 画像・生化学的検査結果 (過去1年の検査結果を記入)

胸部CT  胸部MRI  胸部PET-CT  胸部超音波検査

血液検査(自己抗体)  血液検査(免疫グロブリン)  血液検査(炎症反応)

2. 病理検査結果 (過去1年の検査結果を記入)

高血圧性肺動脈病(肺動脈)にて、以下の所見を認める (免疫染色あり)

主要所見

①. 肺動脈拡張、肺動脈壁肥厚  ②. 小動脈周囲の壊死および小動脈粥状硬化

③. クラウドパターン(斑状)  ④. コンリケーション

⑤. 遠隔分布  ⑥. 肉芽腫性肺動脈炎  ⑦. 肉芽腫性肺動脈炎  ⑧. 肉芽腫性肺動脈炎

その他の所見

①. 肺動脈炎  ②. 肺動脈炎  ③. 肺動脈炎

|                          |                          |    |                      |  |
|--------------------------|--------------------------|----|----------------------|--|
| 血圧                       | DSB                      | 現状 | PaO2                 | 以下1-5の状況を確認する <input type="checkbox"/> 1.該当 <input type="checkbox"/> 2.非該当 <input type="checkbox"/> 3.不明 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 無し | PaO2>70 Torr         | <input type="checkbox"/> ① 呼吸、経過、検査結果(検査結果の内容)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 有り | PaO2>70 Torr         | <input type="checkbox"/> ② 呼吸、経過、検査結果(検査結果の内容)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 不明 | 70 Torr>PaO2>60 Torr | <input type="checkbox"/> ③ 先天性PAP あるいは 遺伝性PAPの場合   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 不明 | 60 Torr>PaO2>50 Torr |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 不明 | 50 Torr>PaO2         |  |

【肺動脈高血圧】(診断例の場合、PAP 重症度<1度を加えて重症度II度とする)

I  II  III  IV  V  VI

■ 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  |
| 原因    | 1.気管支炎を伴った人工呼吸器 2.肺炎を伴った人工呼吸器   |
| 使用状況  | 1.部分的に行き 2.部分的に行き 3.部分的に行き 4.部分的に行き   |
| 生活状況  | 1.食事(自立/部分的/不十分) 2.衣服(自立/部分的/不十分) 3.入浴(自立/部分的/不十分) 4.排泄(自立/部分的/不十分) 5.歩行(自立/部分的/不十分) 6.会話(自立/部分的/不十分) 7.睡眠(自立/部分的/不十分) 8.その他( ) |

医師の氏名: \_\_\_\_\_

医師の氏名: \_\_\_\_\_

医師の氏名: \_\_\_\_\_

印 承認年月日: 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

※本問紙は自己免疫性肺動脈高血圧の診断に用いられる検査結果を基に作成されており、診断結果の確認は必ず医師との面談を要します。

ただし、検査結果が検査機関から送られてくるまで、記載可能な限り記入してください。

※医師は、本問紙の記載内容に基づき、患者の状態を判断し、適切な治療を行うこととなります。

※本問紙は、医師の診断を補助するためのツールであり、診断の最終決定は医師が行います。

3. 生理学的所見 (過去1年の検査結果を記入)

呼吸  呼吸  呼吸

呼吸  呼吸  呼吸

4. 内視・顕微鏡的所見 (新) (左右眼を順番にみたした以下該当する項目に☑を記入する)

①. 呼吸器の炎症(内視) ②. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ③. 呼吸器の炎症(顕微鏡)

④. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ⑤. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ⑥. 呼吸器の炎症(顕微鏡)

⑦. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ⑧. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ⑨. 呼吸器の炎症(顕微鏡)

⑩. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ⑪. 呼吸器の炎症(顕微鏡) ⑫. 呼吸器の炎症(顕微鏡)

C. 診断結果 (新)

以下の状態を確認し、全て該当する場合は、呼吸器に☑を記入する  1.該当  2.非該当  3.不明

ニューモシステシス検査  ロウチン検査  呼吸器CT検査  呼吸器PET検査

呼吸器CT検査  呼吸器PET検査  呼吸器CT検査  呼吸器PET検査

<診断のカテゴリー>

以下の状態を確認し、全て該当する場合は、呼吸器に☑を記入する  1.該当  2.非該当  3.不明

<PAPの分類結果> (「影響のカテゴリー」の条件を満たした症例で該当する項目に☑を記入する)

(認定基準は自己免疫性PAPと先天性PAP)

自己免疫性PAP (呼吸器CT検査結果) ①. 呼吸器CT検査結果(呼吸器CT検査結果)

先天性PAP (呼吸器CT検査結果) ①. 呼吸器CT検査結果(呼吸器CT検査結果)

■ 発症と経過

| 確定診断年月  | 西暦                             | 年                              | 月                              | 確定診断の場所                        |
|---------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 発症1年の経過 | <input type="checkbox"/> 1. 呼吸 | <input type="checkbox"/> 2. 呼吸 | <input type="checkbox"/> 3. 呼吸 | <input type="checkbox"/> 4. 呼吸 |

■ 過去1年間の検査結果 (該当する項目に☑を記入する)

1. 呼吸  2. 呼吸  3. 呼吸  4. 呼吸

5. 呼吸  6. 呼吸  7. 呼吸  8. 呼吸

■ 重症度分類 (管理区分重症度III以上を対象とする) (該当する項目に☑を記入する)

重症度分類  I  II  III  IV  V  VI

■ 基本情報

Medical history form for pulmonary hypertension. Includes 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 box for clinical notes and symptoms.

A. 症状

Form for recording symptoms like chest pain, syncope, and exercise intolerance.

B. 検査所見 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording laboratory and imaging findings such as ECG, chest X-ray, and echocardiography.

C. 鑑別診断

Form for recording differential diagnoses like COPD, heart failure, and anemia.

D. 遺伝学的検査

Form for recording genetic test results.

231 α1-アンチトリプシン欠乏症

Medical history form for alpha-1 antitrypsin deficiency. Includes 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 box for clinical notes and symptoms.

A. 症状

Form for recording symptoms like cough, sputum, and weight loss.

B. 検査所見 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording laboratory findings like alpha-1 antitrypsin levels and liver function tests.

C. 鑑別診断

Form for recording differential diagnoses like COPD, liver disease, and lung cancer.

D. 遺伝学的検査

Form for recording genetic test results.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に必ず記入する)

Form for selecting diagnostic categories based on criteria.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に必ず記入する)

Form for selecting diagnostic categories for pulmonary hypertension.

■ 重症度分類に関する事項 (重症度) (該当する項目に必ず記入する)

以下の1-3の項目にて、重症度分類を決定し、重症度分類を記入する。重症度を決定する際は、重症度分類を決定する。重症度分類を決定する。

Form for recording severity classification criteria and results.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording mechanical ventilation usage details.

Form for recording patient information like name, address, and phone number.

Notes and instructions for the patient information form.

Form for selecting diagnostic categories for alpha-1 antitrypsin deficiency.

■ 重症度分類に関する事項 (重症度) (該当する項目に必ず記入する)

以下の1-3の項目にて、重症度分類を決定し、重症度分類を記入する。重症度を決定する際は、重症度分類を決定する。重症度分類を決定する。

Form for recording severity classification criteria and results for alpha-1 antitrypsin deficiency.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording mechanical ventilation usage details for alpha-1 antitrypsin deficiency.

Form for recording patient information for alpha-1 antitrypsin deficiency.

Notes and instructions for the patient information form for alpha-1 antitrypsin deficiency.

232 カーニー検査

新規  更新

■ 基本情報

|                |  |                     |         |                |
|----------------|--|---------------------|---------|----------------|
| 受給者番号          |  |                     |         |                |
| 姓(漢字)          | 名(漢字)  | 姓(ひらがな)             | 名(ひらがな) |                |
| 動物番号           | 住所   |                     |         |                |
| 生年月日           | 西暦   | 年                   | 月       | 日              |
| 性別             | 性別   |                     | 1. 男    | 2. 女           |
| 出生年月日          |  |                     |         |                |
| 出生動物名(受受のあり場合) | 姓(漢字)  | 名(漢字)               | 姓(ひらがな) | 名(ひらがな)        |
| 家族歴            | 1. あり 2. なし 3. 不明<br>母畜者欄(父) 父 2. 母 3. 子 4. 同胞(兄弟) 5. 同胞(姉妹) 6. 兄弟(父方) 7. 兄弟(母方)<br>8. 祖(母方) 9. 祖(父方) 10. その他( ) |                     |         |                |
| 飼育者名           | 姓  | 名                   |         |                |
| 社会保険           | 介護認定   | 1. 要介護 2. 要支援 3. なし | 療育認定    | 1. 2. 3. 4. 5. |
| 生後状況           |  |                     |         |                |
| 移動の状況          | 1. 歩き回るのに問題なし 2. いくらか問題がある 3. 寝てきている   |                     |         |                |
| 身のまわりの管理       | 1. 皮膚や首帯心に問題がない 2. いくらか問題がある 3. 自分でできない  |                     |         |                |
| ふだんの行動         | 1. 問題なし 2. いくらか問題がある 3. 行うことができない  |                     |         |                |
| 寝方/不眠症         | 1. なし 2. 中程度ある 3. ひどい  |                     |         |                |
| 吠え/うなずく        | 1. 問題なし 2. 中程度 3. ひどく不安なことがある  |                     |         |                |

■ 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

|  |
|--|
|  |
|--|

A. 症状

|   |                    |
|---|--------------------|
| 1. 皮膚の着色変化(口唇、耳膜、眼白、爪など) *  | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 2. 脱毛症(皮膚、被毛) **  | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 3. 心臓病 **   | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 4. 乳房結核 **、または乳腺炎 **、または乳腺腫瘍 **、または乳腺腫瘍 **、または乳腺腫瘍 **                                     | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 5. 尿中血尿 **、または尿中血尿 **、または尿中血尿 **、または尿中血尿 **、または尿中血尿 **                                    | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 6. 成長ホルモンの分泌異常 **、または成長ホルモンの分泌異常 **、または成長ホルモンの分泌異常 **、または成長ホルモンの分泌異常 **、または成長ホルモンの分泌異常 ** | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 7. 犬の糖尿病 **、または糖尿病 **、または糖尿病 **、または糖尿病 **、または糖尿病 **                                       | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 8. 甲状腺機能 **、または甲状腺機能 **、または甲状腺機能 **、または甲状腺機能 **、または甲状腺機能 **                               | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 9. 副腎皮質ホルモン **  | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 10. 青色尿症、尿上及び尿色素尿症(多発性) **  | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 11. 乳糖不耐症(多発性) **   | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
| 12. 骨軟骨化症 **  | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |

\* 皮膚の着色変化については、診断に際し、目視観察に十分な観察が必要であるため、皮膚科専門医による診断が望ましい。  
\*\* 病理診断で確定したもの

B-1. 遺伝診断項目

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 遺伝子検査項目: Canine 混合種由来の有無 | 1. 該当 2. 非該当 3. 不明 |
|--------------------------|--------------------|

B-2. 遺伝診断項目(遺伝学的検査)

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| 遺伝子検査項目: 犬                 | 1. 該当 2. 非該当 |
| <input type="checkbox"/> 犬 |              |

<診断のカテゴリ> (該当する項目に記号を記入する)

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> A. 毛皮のうち2つ以上                 |
| <input type="checkbox"/> B. 毛皮のうち1つと、B. 補完診断項目のうち1つ以上 |
| <input type="checkbox"/> C. 1つ以上該当しない                 |

■ 重症度分類に関する事項

|                              |   |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|---|
| 重症度(重症度) (no. 1)             | 重症度(重症度) (no. 2)                        | 重症度(重症度) (no. 3)                        | 重症度(重症度) (no. 4)                        | 重症度(重症度) (no. 5)                        |
| <input type="checkbox"/> 軽症  | 重症度(重症度) (no. 1) 以下、重症度(重症度) (no. 2) 未満 | 重症度(重症度) (no. 2) 以下、重症度(重症度) (no. 3) 未満 | 重症度(重症度) (no. 3) 以下、重症度(重症度) (no. 4) 未満 | 重症度(重症度) (no. 4) 以下、重症度(重症度) (no. 5) 未満 |
| <input type="checkbox"/> 中等症 | 重症度(重症度) (no. 1) 以下、重症度(重症度) (no. 2) 未満 | 重症度(重症度) (no. 2) 以下、重症度(重症度) (no. 3) 未満 | 重症度(重症度) (no. 3) 以下、重症度(重症度) (no. 4) 未満 | 重症度(重症度) (no. 4) 以下、重症度(重症度) (no. 5) 未満 |
| <input type="checkbox"/> 重症  | 重症度(重症度) (no. 1) 以下、重症度(重症度) (no. 2) 未満 | 重症度(重症度) (no. 2) 以下、重症度(重症度) (no. 3) 未満 | 重症度(重症度) (no. 3) 以下、重症度(重症度) (no. 4) 未満 | 重症度(重症度) (no. 4) 以下、重症度(重症度) (no. 5) 未満 |

■ 人工呼吸器に関する事項(使用者のみ記入)

|        |                                     |   |          |   |
|--------|-------------------------------------|---|----------|---|
| 使用中の有無 | 1. あり                               |   |          |   |
| 使用開始   | 西暦                                  | 年   | 月        | 開始の理由   |
| 終了     | 1. 人工呼吸器を介した人工呼吸器 2. 人工呼吸器を介した人工呼吸器 |   |          |   |
| 使用状況   | 1. 呼吸補助 2. 脱離 3. 部分的に使用 4. 人工呼吸器    | 5. 人工呼吸器  | 6. 人工呼吸器 | 7. 人工呼吸器  |
| 生活状況   | 食事                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 | 水        | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 |
|        | 散歩                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 | トイレ動作    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 |
|        | 人近                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 | 声        | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 |
|        | 排便                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 | 排泄       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 |
|        | 排便コントロール                            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 | 排便コントロール | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 |

|        |               |
|--------|---------------|
| 医師の氏名  | 指定医番号         |
| 医師の所属科 | 所属科番号         |
| 医師の氏名  | 印 記年月日: 年 月 日 |

\* 検査の依頼は、検査機関に提出して、検査結果を報告する。検査結果は、検査機関から報告される。検査結果は、検査機関から報告される。検査結果は、検査機関から報告される。  
\*\* 検査結果は、検査機関から報告される。検査結果は、検査機関から報告される。検査結果は、検査機関から報告される。

■ 基本情報

Medical history form with fields for patient name, birth date, sex, address, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

症状の経過、経過、検出すべき事項など

Blank box for notes on symptoms, course, and detection items.

A. 主要所見 (該当する項目に○を記入する)

Table for 'A. 主要所見' with columns for symptoms and checkboxes for presence/absence.

B. 多発所見

Table for 'B. 多発所見' with columns for various symptoms and checkboxes.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に○を記入する)

Table for '診断のカテゴリ' with checkboxes for different diagnosis categories.

■ 検査所見 (該当する項目に○を記入する)

Table for '検査所見' with columns for lab tests and checkboxes.

Table for '生活状況' with columns for activities and checkboxes.

Table for '医師情報' with fields for doctor name and phone number.

Footnote text explaining the form's purpose and usage.

Large form for '検査所見' (Examination findings) with multiple sub-sections and checkboxes.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する番号に○をつける)

1) 発症

Form for '1) 発症' with a checkbox for onset.

2) modified Rankin Scale (mRS)

Form for '2) modified Rankin Scale (mRS)' with checkboxes for severity levels.

3) 食事・栄養

Form for '3) 食事・栄養' with checkboxes for eating and nutrition.

4) 排泄

Form for '4) 排泄' with checkboxes for excretion.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for '人工呼吸器に関する事項' with columns for ventilator use.

234-1 ベルオキシニウム炭(重質白錆びシロフィーを除く)(ベルオキシニウム形成異状)

基本情報
受診番号
姓(姓) 名(姓) 姓(姓) 名(姓)
年齢 性別
生年月日
出生年月日
出生地
家族歴
社会保険
生活状況
既往歴

診断基準に関する事項
症状の観察、経過、物にすべき事項など

A. 症状 該当する項目に○を記入する
1. フェルニチーニウム暴露の場合、以下の項目を複数記入す
2. 新生児期以前にシロフィーの場合、以下の項目を複数記入す
3. 乳児シロフィー暴露の場合、以下の項目を複数記入す
4. 慢性アレルギー性皮膚炎
5. 慢性アレルギー性鼻炎

B. 検査結果
1. 血清フェルニチーニウム代謝産物の測定 (血清フェルニチーニウム)
2. 皮膚生検検査
3. 皮膚病理学的検査

慢性アレルギー性皮膚炎 1型 (HCP type) の場合
1. 臨床経過 (1) (2) (3) (4)
2. 検査結果

発症と経過
発症時期
経過

併発その他 (該当する項目に○を記入する)
アレルギー性鼻炎
アレルギー性気管支炎

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

食事・栄養
1. 摂取量
2. 栄養状態

呼吸
1. 呼吸器症状
2. 呼吸機能

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)
1. 使用の有無
2. 使用期間
3. 使用開始日
4. 使用終了日

医師情報
医師氏名
医師職名
医師の氏名
医師の住所
医師の電話番号

アレルギー歴、アレルギー検査
1. アレルギー検査
2. アレルギー検査の結果
3. アレルギー検査の結果
4. アレルギー検査の結果

C. 薬剤情報 (該当する項目に○を記入する)
1. 薬剤名
2. 薬剤名

D. 鑑別診断
1. アレルギー性皮膚炎
2. アレルギー性鼻炎
3. アレルギー性気管支炎

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)
フェルニチーニウム暴露の場合
1. 慢性アレルギー性皮膚炎
2. 慢性アレルギー性鼻炎

新規  更新

234-2 ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く)(ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症)

**■ 基本情報**

|       |   |      |      |      |      |
|-------|---|------|------|------|------|
| 受診病名  |   |      |      |      |      |
| 病名    | 名(姓)                                    | 姓(姓) | 名(姓) | 姓(姓) | 名(姓) |
| 出生年月日 | 西暦 年 月 日   西暦 年 月 日                     |      |      |      |      |
| 出生地   | 都道府県                                    | 市町村  | 町(字) | 番    | 号    |
| 性別    | 男                                       | 女    |      |      |      |
| 年齢    | 歳 月 日   月 日   年 月 日                     |      |      |      |      |
| 病歴    | 1. 起病年齢 2. 発症経過 3. 診断 4. 治療 5. 経過 6. 予後 |      |      |      |      |
| 家族歴   | 1. 兄弟姉妹 2. 父母 3. 祖父母 4. 叔父叔母 5. 従兄弟姉妹   |      |      |      |      |
| 検査結果  | 1. 検査項目 2. 検査結果 3. 検査機関 4. 検査時期 5. 検査結果 |      |      |      |      |
| 治療経過  | 1. 治療内容 2. 効果 3. 副作用 4. 経過 5. 経過 6. 経過  |      |      |      |      |
| 経過    | 1. 経過 2. 経過 3. 経過 4. 経過 5. 経過 6. 経過     |      |      |      |      |

**■ 診断基準に關する事項**  
**症状の経過、経過、発症すべき事項など**

1. 経過 2. 経過 3. 経過 4. 経過 5. 経過 6. 経過

**A. 症状(該当する項目に○を記入する)**

1. アシトグルコース尿(尿中タロトール)の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

2. 尿中タロトール(尿中タロトール)の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

3. スチロールキーマリアアブシドール尿の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

4. 尿中タロトール(尿中タロトール)の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

5. 尿中タロトール(尿中タロトール)の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

**B. 検査結果**

1. 血清ペルオキシソーム代謝産物の測定 (GABA-アミン)

2. アクション、プロスタグランジン、胆汁酸代謝産物の測定

3. 尿中タロトール(尿中タロトール)の測定

4. 尿中タロトール(尿中タロトール)の測定

**環境**

1. 居住環境 2. 家族環境 3. 社会環境 4. 学校環境 5. 職業環境 6. 生活環境 7. 健康環境 8. 安全環境 9. 安心環境 10. 安楽環境 11. 安寧環境 12. 安泰環境 13. 安和環境 14. 安眠環境 15. 安穩環境 16. 安泰環境 17. 安和環境 18. 安寧環境 19. 安泰環境 20. 安和環境 21. 安寧環境 22. 安泰環境 23. 安和環境 24. 安寧環境 25. 安泰環境 26. 安和環境 27. 安寧環境 28. 安泰環境 29. 安和環境 30. 安寧環境 31. 安泰環境 32. 安和環境 33. 安寧環境 34. 安泰環境 35. 安和環境 36. 安寧環境 37. 安泰環境 38. 安和環境 39. 安寧環境 40. 安泰環境 41. 安和環境 42. 安寧環境 43. 安泰環境 44. 安和環境 45. 安寧環境 46. 安泰環境 47. 安和環境 48. 安寧環境 49. 安泰環境 50. 安和環境 51. 安寧環境 52. 安泰環境 53. 安和環境 54. 安寧環境 55. 安泰環境 56. 安和環境 57. 安寧環境 58. 安泰環境 59. 安和環境 60. 安寧環境 61. 安泰環境 62. 安和環境 63. 安寧環境 64. 安泰環境 65. 安和環境 66. 安寧環境 67. 安泰環境 68. 安和環境 69. 安寧環境 70. 安泰環境 71. 安和環境 72. 安寧環境 73. 安泰環境 74. 安和環境 75. 安寧環境 76. 安泰環境 77. 安和環境 78. 安寧環境 79. 安泰環境 80. 安和環境 81. 安寧環境 82. 安泰環境 83. 安和環境 84. 安寧環境 85. 安泰環境 86. 安和環境 87. 安寧環境 88. 安泰環境 89. 安和環境 90. 安寧環境 91. 安泰環境 92. 安和環境 93. 安寧環境 94. 安泰環境 95. 安和環境 96. 安寧環境 97. 安泰環境 98. 安和環境 99. 安寧環境 100. 安泰環境

**■ 人工呼吸器に關する事項 (使用者のみ記入)**

1. 呼吸器の種類 | 1. あり 2. なし

2. 呼吸器の使用開始日時 | 年 月 日

3. 呼吸器の使用停止日時 | 年 月 日

4. 呼吸器の使用理由

5. 呼吸器の使用状況

**医師情報**

1. 医師の氏名 | 氏名

2. 医師の所属 | 所属

3. 医師の住所 | 住所

4. 医師の電話番号 | 電話番号

5. 医師のメールアドレス | メールアドレス

2. 診断基準(該当する項目に○を記入する)

1. 尿中タロトール(尿中タロトール)の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

2. 尿中タロトール(尿中タロトール)の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

3. スチロールキーマリアアブシドール尿の有無 | 1. 経過 2. 経過 3. 経過

**C. 遺伝学的検査(該当する項目に○を記入する)**

1. 遺伝学的検査の種類 | 種類

2. 遺伝学的検査の結果 | 結果

3. 遺伝学的検査の機関 | 機関

**D. 治療**

1. 治療の種類 | 種類

2. 治療の経過 | 経過

3. 治療の効果 | 効果

**<診断のカテゴリー>(該当する項目に○を記入する)**

1. 診断のカテゴリー | カテゴリー

2. 診断のカテゴリー | カテゴリー

3. 診断のカテゴリー | カテゴリー

**■ 発症と経過**

1. 発症年齢 | 年齢

2. 経過 | 経過

3. 経過 | 経過

**■ 治療その他(該当する項目に○を記入する)**

1. 治療の種類 | 種類

2. 治療の経過 | 経過

3. 治療の効果 | 効果

**■ 重症度分類に關する事項**

modified Rankin Scale (mRS)

1. 重症度 | 重症度

2. 重症度 | 重症度

3. 重症度 | 重症度

**食事・栄養**

1. 食事の種類 | 種類

2. 食事の量 | 量

3. 食事の回数 | 回数

4. 食事の摂取状況 | 状況

234-3 ペルオキシシウム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)  
(プラスマローゲン合成系酵素欠損症 慢性点状軟膏異形成症2型)2

新規  更新

■ 基本情報

受診番号 性別 年齢 性別 年齢 性別 年齢 性別 年齢

■ 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

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

以下の項目をすべて☑

B. 検査所見

1. 尿中・尿中のプラスマローゲン含量の低下

C. 遺伝学的検査 (該当する項目に☑を記入する)

遺伝子検査の結果

D. 鑑別診断

以下の内容を鑑別し、全て除外できる。ただし、除外できた場合は、☑を記入する。

<診断のカテゴリ> (該当する項目に☑を記入する)

以下の診断基準(1)~(4)のうち1つ以上の項目を満たすもの

■ 発症と経過

発症時期: 歳 ヶ月 診断時期: 歳 ヶ月

■ 重症度分類に関する事項

Modified Rankin Scale (mRS)

食事・栄養

1. 医師に任せる。食事摂取が困難ななどの理由があるが、社会生活・日常生活に支障がない

呼吸

1. 呼吸器の低下などの理由があるが、社会生活・日常生活に支障がない

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

呼吸器の名称 使用期間 年齢 年 月 開始の理由など

病名欄に用いる臓器名、臓器名を併記して、28年以降に付与される臓器名を記載してください

234-4 ペルオキシシウム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)(レフサム病)

新規  更新

■ 基本情報

受診番号 性別 年齢 性別 年齢 性別 年齢 性別 年齢

■ 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

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

以下の項目をすべて☑

B. 検査所見

1. 尿中フィタン酸

C. 遺伝学的検査 (該当する項目に☑を記入する)

遺伝子検査の結果

D. 鑑別診断

以下の内容を鑑別し、全て除外できる。除外できた場合は、☑を記入する。

<診断のカテゴリ> (該当する項目に☑を記入する)

以下の診断基準(1)~(4)のうち1つ以上の項目を満たすもの

■ 発症と経過

発症時期: 歳 ヶ月 診断時期: 歳 ヶ月

■ 検査その他 (該当する項目に☑を記入する)

1. 尿中フィタン酸の増加

■ 重症度分類に関する事項

Modified Rankin Scale (mRS)

食事・栄養

1. 医師に任せる。食事摂取が困難ななどの理由があるが、社会生活・日常生活に支障がない

呼吸

1. 呼吸器の低下などの理由があるが、社会生活・日常生活に支障がない

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

呼吸器の名称 使用期間 年齢 年 月 開始の理由など

病名欄に用いる臓器名、臓器名を併記して、28年以降に付与される臓器名を記載してください

234-5 ベルオキシゾーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)(顕発性ニューロ症候型)型)

■ 基本情報
受診番号
性別
年齢
住所
生年月日
出生年月日
出生地
家族歴
検査結果
検査項目
検査結果
検査項目
検査結果
検査項目
検査結果

■ 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 form for symptoms and course.

A. 症状 (該当する項目に記を記入する)

以下項目を複数選択
1. 異常
2. 異常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

B. 検査所見

1. 生化学的検査
2. 遺伝学的検査
3. 検査結果
4. 検査結果
5. 検査結果

C. 遺伝学的検査 (該当する項目に記を記入する)

遺伝子検査の有無
検査結果
検査項目
検査結果

D. 鑑別診断

以下項目を複数選択
1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

<診断のカテゴリ> (該当する項目に記を記入する)

以下診断基準(1)の項目を複数選択
以下診断基準(2)の項目を複数選択
(1) 症状による診断
(2) 検査結果による診断

■ 発症と経過

発症時期
経過
診断に至った経緯

■ 治療その他 (該当する項目に記を記入する)

1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)
1. 軽度
2. 中等度
3. 重度
4. 最重度
5. 死亡

食事・栄養

1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

呼吸

1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 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
使用理由
使用状況
人工呼吸器
食事
水分
排便
排尿
睡眠

医師の署名
医師の住所
医師の氏名
印
記載年月日
年 月 日
※命書または押印のこと

234-6 ベルオキシゾーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)(アカタラセミア(無カタラーゼ血症))

■ 基本情報
受診番号
性別
年齢
住所
生年月日
出生年月日
出生地
家族歴
検査結果
検査項目
検査結果
検査項目
検査結果
検査項目
検査結果

■ 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 form for symptoms and course.

A. 症状 (該当する項目に記を記入する)

以下項目を複数選択
1. 異常
2. 異常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

B. 検査所見

1. 生化学的検査
2. 遺伝学的検査
3. 検査結果
4. 検査結果
5. 検査結果

C. 遺伝学的検査 (該当する項目に記を記入する)

遺伝子検査の有無
検査結果
検査項目
検査結果

D. 鑑別診断

以下項目を複数選択
1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

<診断のカテゴリ> (該当する項目に記を記入する)

以下診断基準(1)の項目を複数選択
以下診断基準(2)の項目を複数選択
(1) 症状による診断
(2) 検査結果による診断

■ 発症と経過

発症時期
経過
診断に至った経緯

■ 治療その他 (該当する項目に記を記入する)

1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)
1. 軽度
2. 中等度
3. 重度
4. 最重度
5. 死亡

食事・栄養

1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 不明

呼吸

1. 正常
2. 正常
3. 不明
4. 不明
5. 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
使用理由
使用状況
人工呼吸器
食事
水分
排便
排尿
睡眠

医師の署名
医師の住所
医師の氏名
印
記載年月日
年 月 日
※命書または押印のこと



□ 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

Text area for symptoms, course, and other items.

A. 症状

Form for symptoms: 1. 口周痺や手足などのしびれ、麻痺感 (1, 2, 3, 4, 5), 2. アタニー (1, 2, 3, 4, 5), 3. 全身倦怠 (1, 2, 3, 4, 5)

B. 検査所見

Form for lab findings: 1. 低カルシウム血症、若しくは低リン血症 (1, 2, 3, 4, 5), 2. 血清 25-OH-vitamin D3 level 以下 (1, 2, 3, 4, 5), 3. Intact PTH 39 pg/mL未満 (1, 2, 3, 4, 5)

C. 鑑別診断

Form for differential diagnosis with checkboxes for conditions like hypoparathyroidism, hypomagnesemia, etc.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

Form for diagnostic categories with checkboxes for definite, probable, possible, and unclear.

□ 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

Text area for symptoms, course, and other items.

A. 症状

Form for symptoms: 1. 口周痺や手足などのしびれ、麻痺感 (1, 2, 3, 4, 5), 2. アタニー (1, 2, 3, 4, 5), 3. 全身倦怠 (1, 2, 3, 4, 5), 4. 骨質低下や骨痛 (1, 2, 3, 4, 5), 5. 腎臓機能低下 (1, 2, 3, 4, 5), 6. 精神症状 (1, 2, 3, 4, 5)

B. 検査所見

Form for lab findings: 1. 低カルシウム血症または低リン血症 (1, 2, 3, 4, 5), 2. 血清 25-OH-vitamin D3 level 以下 (1, 2, 3, 4, 5), 3. Intact PTH 39 pg/mL以上 (1, 2, 3, 4, 5)

C. 鑑別診断

Form for differential diagnosis with checkboxes for conditions like hypoparathyroidism, etc.

D. 遺伝学的検査 (該当する項目に記号を記入する)

Form for genetic testing with checkboxes for various gene mutations.

■ 検査所見 (該当する項目に記号を記入する)

Form for lab test results with checkboxes for various tests like calcium, PTH, etc.

■ 遺伝学的検査

Form for genetic testing with checkboxes for various methods.

■ 治療その他

Form for treatment and other notes with checkboxes for various options.

■ 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 with checkboxes for various criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration with checkboxes for various usage scenarios.

医療機関名

Form for hospital name and address.

医師の氏名

Form for doctor's name and signature with checkboxes for various options.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

Form for diagnostic categories with checkboxes for definite, probable, possible, and unclear.

■ 検査所見 (該当する項目に記号を記入する)

Form for lab test results with checkboxes for various tests like calcium, PTH, etc.

■ 治療その他

Form for treatment and other notes with checkboxes for various options.

■ 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 with checkboxes for various criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration with checkboxes for various usage scenarios.

医療機関名

Form for hospital name and address.

医師の氏名

Form for doctor's name and signature with checkboxes for various options.

