

■ 基本情報

受診番号, 性別, 年齢, 生年月日, 出生年月日, 家族歴, 生活習慣, 既往歴, 症状の経過, 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

症状の概要、経過、特記すべき事項などの記入欄

A. 症状

1. 皮膚発疹や黄色い皮膚病変の有無, 2. 早老症候群の有無

B. 検査所見

血清・尿中ステロイド代謝産物, 血中アポタンパク質

C. 遺伝診断

遺伝子検査の有無, 二次代謝産物の測定

D. 鑑別診断

遺伝子検査の有無, 二次代謝産物の測定

<診断のカテゴリ> (該当する項目に必ず記入する)

Definite, Probable, Possible, 不明

■ 基本情報

受診番号, 性別, 年齢, 生年月日, 出生年月日, 家族歴, 生活習慣, 既往歴, 症状の経過, 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

症状の概要、経過、特記すべき事項などの記入欄

A. 必須項目

1. 血清タンザール病抗体, 2. 血清タンザール病抗体

B. 症状

1. 特徴的な皮膚病変, 2. 肝臓大さの増加, 3. 呼吸困難, 4. 視神経萎縮

C. 鑑別診断

遺伝子検査の有無, 二次代謝産物の測定

D. 遺伝診断

遺伝子検査の有無, 二次代謝産物の測定

<診断のカテゴリ>

Aをすべて満たし、Dを鑑別診断で除外された時のみ、Bの2項目以上を満たし、Cを含む

■ 重症度分類に関する事項

先天性重篤性胆管炎の重症度評価 (一次試験) (1~10段階) 高

発症年齢, 胆管炎の再発頻度, 胆管炎の重症度

(1~10の各項目について、該当する項目に必ず記入する)

胆管炎の重症度評価, 胆管炎の重症度評価, 胆管炎の重症度評価

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無, 呼吸器の種類, 使用期間, 使用状況

医療機関名

〒, 電話番号, 医師の氏名

※ 呼吸器の使用状況, 呼吸器の使用状況, 呼吸器の使用状況

■ 検査所見 (該当する項目に必ず記入する)

胆管炎の重症度評価, 胆管炎の重症度評価, 胆管炎の重症度評価

■ 重症度分類に関する事項

先天性重篤性胆管炎の重症度評価 (二次試験) (1~10段階) 高

発症年齢, 胆管炎の再発頻度, 胆管炎の重症度

(1~10の各項目について、該当する項目に必ず記入する)

胆管炎の重症度評価, 胆管炎の重症度評価, 胆管炎の重症度評価

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無, 呼吸器の種類, 使用期間, 使用状況

<p>■ 高齢者生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>1. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>2. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>3. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>4. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>5. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>6. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>7. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>8. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>9. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p> <p>10. 高齢者の生活の自立・社会参加に関する事項 (介護者のみ記入)</p>

<p>■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)</p>	
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p>	<p>2. なし</p>
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>

医師情報

医師情報所在地

医師の氏名

印 記 載 年 月 日 年 月 日 年 月 日

※ 記載事項に誤りや不明点がある場合は、医師情報センターへお問い合わせください。

※ 医師情報センターは、医師情報の提供を目的として、医師情報の収集・整理・提供を行います。

※ 医師情報センターは、医師情報の提供を目的として、医師情報の収集・整理・提供を行います。

283 脳梗塞発症歴

<p>■ 基本情報</p> <p>1. 性別</p> <p>2. 年齢</p> <p>3. 職業</p> <p>4. 学歴</p> <p>5. 婚姻状況</p> <p>6. 家族構成</p> <p>7. 既往歴</p> <p>8. 生活習慣</p> <p>9. 社会生活</p> <p>10. 身体機能</p> <p>11. 認知機能</p> <p>12. トレーニング状況</p>

■ 診断基準に関する事項

<p>1. 診断基準</p> <p>2. 診断基準</p> <p>3. 診断基準</p> <p>4. 診断基準</p> <p>5. 診断基準</p> <p>6. 診断基準</p> <p>7. 診断基準</p> <p>8. 診断基準</p> <p>9. 診断基準</p> <p>10. 診断基準</p> <p>11. 診断基準</p> <p>12. 診断基準</p> <p>13. 診断基準</p> <p>14. 診断基準</p> <p>15. 診断基準</p> <p>16. 診断基準</p> <p>17. 診断基準</p> <p>18. 診断基準</p> <p>19. 診断基準</p> <p>20. 診断基準</p>
--

<p><診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p> <p>3. あり</p> <p>4. なし</p> <p>5. あり</p> <p>6. なし</p> <p>7. あり</p> <p>8. なし</p> <p>9. あり</p> <p>10. なし</p> <p>11. あり</p> <p>12. なし</p> <p>13. あり</p> <p>14. なし</p> <p>15. あり</p> <p>16. なし</p> <p>17. あり</p> <p>18. なし</p> <p>19. あり</p> <p>20. なし</p>
--

■ 重症度分類に関する事項

<p>modified Rankin Scale (mRS)</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p> <p>3. あり</p> <p>4. なし</p> <p>5. あり</p> <p>6. なし</p> <p>7. あり</p> <p>8. なし</p> <p>9. あり</p> <p>10. なし</p>

食事・栄養 (該当する番号に○をつける)

1. あり

2. なし

3. あり

4. なし

5. あり

6. なし

7. あり

8. なし

9. あり

10. なし

■ 転倒に関する事項

<p>1. あり</p> <p>2. なし</p> <p>3. あり</p> <p>4. なし</p> <p>5. あり</p> <p>6. なし</p> <p>7. あり</p> <p>8. なし</p> <p>9. あり</p> <p>10. なし</p>
--

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>
<p>呼吸器の種類</p> <p>1. あり</p> <p>2. なし</p>	<p>3. あり</p> <p>4. なし</p>

医師情報

医師情報所在地

医師の氏名

印 記 載 年 月 日 年 月 日 年 月 日

※ 記載事項に誤りや不明点がある場合は、医師情報センターへお問い合わせください。

※ 医師情報センターは、医師情報の提供を目的として、医師情報の収集・整理・提供を行います。

※ 医師情報センターは、医師情報の提供を目的として、医師情報の収集・整理・提供を行います。

☐ 新規 ☐ 更新

■ 基本情報

患者情報入力欄: 氏名(姓/名), 性別, 年齢, 生年月日, 出生年月日, 住所, 家族歴, 発症年月, 治療歴, 病歴, 検査結果

■ 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の記入欄

◎ 検査項目

検査項目表: 血中コレステロール, 血中トリグリセリド

A. 臨床

臨床項目表: 1. 診断に有用な検査項目, 2. 診断に有用な検査項目

B. 検査結果

検査結果表: 1. 検査項目, 2. 検査項目

C. 診断基準

診断基準表: 以下の項目を参照し、全て該当できる...

D. 検査結果

検査結果表: 検査項目, 検査結果

☐ 新規 ☐ 更新

■ 基本情報

患者情報入力欄: 氏名(姓/名), 性別, 年齢, 生年月日, 出生年月日, 住所, 家族歴, 発症年月, 治療歴, 病歴, 検査結果

■ 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の記入欄

診断 該当する項目に記号を記入する

診断項目表: 先天性全身性脂肪代謝症, 後天性全身性脂肪代謝症

A. 先天性全身性脂肪代謝症 (該当する項目に記号を記入する)

先天性全身性脂肪代謝症診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

<診断のカテゴリー>

診断カテゴリー表: 診断項目, 診断結果

B. 後天性全身性脂肪代謝症 (該当する項目に記号を記入する)

後天性全身性脂肪代謝症診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

診断カテゴリー表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

■ 重症度分類に関する事項

先天性全身性脂肪代謝症の重症度分類 (一般分類) (1~4を併用)

重症度分類診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

(1~4)の各項目について該当する項目に記号を記入する

重症度分類診断項目詳細表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

■ 人口呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人口呼吸器に関する事項表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

医師情報入力欄: 医師氏名, 医師職名, 医師の氏名, 印, 記載年月日

3. 併用症 診断項目を参照し、該当する項目に記号を記入する

併用症診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

<診断のカテゴリー>

診断カテゴリー表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

C. 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)

重症度分類診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

<診断のカテゴリー>

診断カテゴリー表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

D. 後天性全身性脂肪代謝症 (該当する項目に記号を記入する)

後天性全身性脂肪代謝症診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

<診断のカテゴリー>

診断カテゴリー表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

■ 臨床所見 (該当する項目に記号を記入する)

臨床所見診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

■ 検査所見

検査所見診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目

■ 治療その他 (該当する項目に記号を記入する)

治療その他診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類診断項目表: 1. 診断項目, 2. 診断項目, 3. 診断項目

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号, 性別, 年齢, 出生年月日, 出生地, 家族歴, 社会保険, 家族構成, 住居の状況, 歩行の状況, 認知機能, 生活機能, 介護状況

■ 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の記入欄

A. 症状

歩行の状況, 認知機能, 生活機能, 介護状況

B. 臨床検査

血液検査, 尿検査, 画像検査, 脳神経検査, 遺伝子検査

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査, 遺伝子検査の結果

<診断のカテゴリ> (該当する項目に必ず記入する)

診断のカテゴリの記入欄

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号, 性別, 年齢, 出生年月日, 出生地, 家族歴, 社会保険, 家族構成, 住居の状況, 歩行の状況, 認知機能, 生活機能, 介護状況

■ 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の記入欄

A. 症状

歩行の状況, 認知機能, 生活機能, 介護状況

B. 遺伝学的検査

遺伝子検査, 遺伝子検査の結果

<診断のカテゴリ> (該当する項目に必ず記入する)

診断のカテゴリの記入欄

検査項目, 検査結果, 検査方法

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

重症度分類に関する事項の記入欄

■ 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の記入欄

医師情報, 医師の氏名, 医師の住所, 医師の電話番号

医師情報の注釈

医師情報の注釈の記入欄

■ 重症度分類に関する事項 (以下の表の該当する項目に必ず記入する)

重症度分類に関する事項の表

重症度分類の注釈

重症度分類の注釈の記入欄

■ 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の記入欄

医師情報, 医師の氏名, 医師の住所, 医師の電話番号

医師情報の注釈

医師情報の注釈の記入欄

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号			
性別	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)
病院番号	住所		
生年月日	西暦	年	月
出生地	町		
出生時氏名(確定する場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 配偶者 1. あり 2. なし 3. 不明 4. その他(別居) 5. 同居 6. 同居(同居) 7. 同居(同居) 8. その他(同居) 9. その他(同居) 10. その他(同居)		
発症年月	西暦 年 月		
生活状況	1. 在宅 2. 介護施設 3. その他 4. その他 5. その他 6. その他 7. その他 8. その他 9. その他 10. その他		
移動の程度	1. 歩行困難(問題がない) 2. 歩行困難(問題がある) 3. 寝たきりである 4. その他(問題がない) 5. その他(問題がある) 6. その他(問題がある)		
かみむねの管理	1. 自分で管理できる 2. 自分で管理できない 3. 自分で管理できない 4. その他(自分で管理できる) 5. その他(自分で管理できない)		
ふたりの活動	1. 問題がない 2. 問題がある 3. 行うことができない 4. その他(問題がない) 5. その他(問題がある)		
痛み/不快感	1. なし 2. 中程度 3. ひどい 4. その他(問題がない) 5. その他(問題がある)		
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

症状の概要、経過、特記すべき事項など

① 疑念を覚悟して受診する反復性化膿性無菌性関節炎 ② 患部(関節)より認められる膿血性関節液や膿血性膿瘍	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明
--	--

A. 症状

① 疑念を覚悟して受診する反復性化膿性無菌性関節炎	1. あり 2. なし 3. 不明
② 患部(関節)より認められる膿血性関節液や膿血性膿瘍	1. あり 2. なし 3. 不明
合併症	1. あり 2. なし 3. 不明
髄膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明
血中白血球	1. あり 2. なし 3. 不明
プロトカル	1. あり 2. なし 3. 不明
検査結果	1. あり 2. なし 3. 不明

B. 検査結果 (該当する項目にのみ記入する)

病原菌検査内容および結果			
関節液(関節)検査	結果	結果	結果
検出菌	年	月	日
菌種	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
菌量	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

<診断のカテゴリ>

A. 疑念を覚悟して受診する場合、C. 診断的検査で診断的検査結果を認める、発熱/膿瘍を認める	1. 該当 2. 該当外 3. 不明
---	--------------------

■ 重症度分類に関する事項

重症度: 以下の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. 該当 2. 該当外 3. 不明
--	--------------------

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器の種類	1. あり
使用期間	西暦 年 月 日
使用状況	1. 常時使用 2. 必要時使用 3. その他(常時使用)
主治医	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 1. あり 2. なし 3. 不明

医師の氏名	印	記号	年	月	日
-------	---	----	---	---	---

以下の診断結果、検査結果、検査結果を認めて、重症度分類に関する事項を記入してください。
 ① 疑念を覚悟して受診する反復性化膿性無菌性関節炎
 ② 患部(関節)より認められる膿血性関節液や膿血性膿瘍
 ③ 疑念を覚悟して受診する場合、C. 診断的検査で診断的検査結果を認める、発熱/膿瘍を認める

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号			
性別	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)
病院番号	住所		
生年月日	西暦	年	月
出生地	町		
出生時氏名(確定する場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 配偶者 1. あり 2. なし 3. 不明 4. その他(別居) 5. 同居 6. 同居(同居) 7. 同居(同居) 8. その他(同居) 9. その他(同居) 10. その他(同居)		
発症年月	西暦 年 月		
生活状況	1. 在宅 2. 介護施設 3. その他 4. その他 5. その他 6. その他 7. その他 8. その他 9. その他 10. その他		
移動の程度	1. 歩行困難(問題がない) 2. 歩行困難(問題がある) 3. 寝たきりである 4. その他(問題がない) 5. その他(問題がある) 6. その他(問題がある)		
かみむねの管理	1. 自分で管理できる 2. 自分で管理できない 3. 自分で管理できない 4. その他(自分で管理できる) 5. その他(自分で管理できない)		
ふたりの活動	1. 問題がない 2. 問題がある 3. 行うことができない 4. その他(問題がない) 5. その他(問題がある)		
痛み/不快感	1. なし 2. 中程度 3. ひどい 4. その他(問題がない) 5. その他(問題がある)		
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

症状の概要、経過、特記すべき事項など

① 疑念を覚悟して受診する反復性化膿性無菌性関節炎 ② 患部(関節)より認められる膿血性関節液や膿血性膿瘍	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明
--	--

A. 症状

① 疑念を覚悟して受診する反復性化膿性無菌性関節炎	1. あり 2. なし 3. 不明
② 患部(関節)より認められる膿血性関節液や膿血性膿瘍	1. あり 2. なし 3. 不明
合併症	1. あり 2. なし 3. 不明
髄膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明
血中白血球	1. あり 2. なし 3. 不明
プロトカル	1. あり 2. なし 3. 不明
検査結果	1. あり 2. なし 3. 不明

B. 検査結果 (該当する項目にのみ記入する)

病原菌検査内容および結果			
関節液(関節)検査	結果	結果	結果
検出菌	年	月	日
菌種	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
菌量	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

① 疑念を覚悟して受診する場合、C. 診断的検査で診断的検査結果を認める、発熱/膿瘍を認める

C. 診断

① 疑念を覚悟して受診する場合、C. 診断的検査で診断的検査結果を認める、発熱/膿瘍を認める	1. 該当 2. 該当外 3. 不明
--	--------------------

<診断のカテゴリ>

B. 疑念を覚悟して受診する場合、C. 診断的検査で診断的検査結果を認める、発熱/膿瘍を認める	1. 該当 2. 該当外 3. 不明
---	--------------------

■ 重症度分類に関する事項

重症度: 以下の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. 該当 2. 該当外 3. 不明
--	--------------------

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器の種類	1. あり
使用期間	西暦 年 月 日
使用状況	1. 常時使用 2. 必要時使用 3. その他(常時使用)
主治医	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 1. あり 2. なし 3. 不明

医師の氏名	印	記号	年	月	日
-------	---	----	---	---	---

以下の診断結果、検査結果、検査結果を認めて、重症度分類に関する事項を記入してください。
 ① 疑念を覚悟して受診する反復性化膿性無菌性関節炎
 ② 患部(関節)より認められる膿血性関節液や膿血性膿瘍
 ③ 疑念を覚悟して受診する場合、C. 診断的検査で診断的検査結果を認める、発熱/膿瘍を認める

医療機関名	〒
医療機関所在地	市町
医療科の氏名	電話番号
	〒
	区
	町
	番
	号

※本診断は、以下の前提条件をすべて満たしている。①調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、②調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、③調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、④調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑤調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑥調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑦調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑧調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑨調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑩調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑪調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑫調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑬調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑭調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑮調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑯調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑰調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑱調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑲調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、⑳調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉑調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉒調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉓調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉔調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉕調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉖調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉗調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉘調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉙調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉚調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉛調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉜調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉝調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉞調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㉟調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊱調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊲調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊳調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊴調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊵調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊶調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊷調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊸調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊹調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊺調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊻調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊼調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊽調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊾調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、㊿調査票が本人またはその家族の同意を得て実施されたこと、

273 聴覚異常を伴う先天性聴覚障害

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号					
性別	男	女	不明	その他	
所属番号	住所				
生年月日	明	年	月	日	性別
出生市町村					
出生地氏名	姓	名	姓	名	
家庭歴	1. 母 2. 父 3. 不明 4. 兄弟(兄弟) 5. 兄弟(姉妹) 6. 兄弟(兄弟) 7. 兄弟(兄弟) 8. 兄弟(兄弟) 9. 兄弟(兄弟) 10. その他 11. その他 ()				
発症年月	年齢 年 月 日				
生活状態	自立	自立	自立	自立	自立
移動手段	1. 歩行困難がある 2. 歩行困難がある 3. 自立している 4. 歩行困難がある 5. 歩行困難がある 6. 歩行困難がある				
家族の介護	1. 歩行困難がある 2. 歩行困難がある 3. 歩行困難がある 4. 歩行困難がある 5. 歩行困難がある 6. 歩行困難がある				
本人の介護	1. 歩行困難がある 2. 歩行困難がある 3. 歩行困難がある 4. 歩行困難がある 5. 歩行困難がある 6. 歩行困難がある				
不安/不満足	1. 歩行困難がある 2. 歩行困難がある 3. 歩行困難がある 4. 歩行困難がある 5. 歩行困難がある 6. 歩行困難がある				

■ 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. 0-2歳児期 (該当する項目に○を記入する)

立位 (仰臥) 1歳7か月以前に立位を開始したことがある (発達検査なしで判断可能)	1. 該当	2. 該当	3. 不明
歩行が15~30歳の時点 (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された	1. 該当	2. 該当	3. 不明
① 聴力 (Conformer Positive Response Evaluation) 1歳7か月以前に聴覚検査を受けたことがある (聴覚検査) 1歳7か月以前に聴覚検査を受けたことがある	1. 該当	2. 該当	3. 不明
② 1歳7か月以前に聴覚検査を受けたことがある (聴覚検査) 1歳7か月以前に聴覚検査を受けたことがある	1. 該当	2. 該当	3. 不明

2. 2歳以上6歳未満

歩行が15~30歳の時点 (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された	1. 該当	2. 該当	3. 不明
歩行が15~30歳の時点 (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された	1. 該当	2. 該当	3. 不明
歩行が15~30歳の時点 (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された	1. 該当	2. 該当	3. 不明

3. 6歳以上 (10歳以下)

歩行が15~30歳の時点 (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された	1. 該当	2. 該当	3. 不明
歩行が15~30歳の時点 (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された (歩行開始年齢) 1歳7か月以前に開始された	1. 該当	2. 該当	3. 不明

<診断のカテゴリー>

聴覚障害は、先天性聴覚障害と後天性聴覚障害の両方を含む。	
1. 聴覚障害 2. 聴覚障害 3. 不明	

■ 併存症 (該当する項目に○を記入する)

聴覚障害以外の併存症 (該当する項目に○を記入する)	1. あり	2. なし	3. 不明
----------------------------	-------	-------	-------

■ 検査所見 (該当する項目に○を記入する)

受診者番号	性別	年齢	検査	結果	備考
1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)					
1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)					
1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)					
1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)					

■ 治療その他 (該当する項目に○を記入する)

1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)	
--	--

■ 重症度分類に関する事項 (該当する番号○をつける)

modified Rankin Scale (mRS)	
1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)	

食事・栄養

1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)	
--	--

排泄

1. 聴覚検査 (聴覚検査) 2. 聴覚検査 (聴覚検査) 3. 聴覚検査 (聴覚検査)	
--	--

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