

全国疫学調査（二次調査）

無汗性外胚葉形成不全症の疫学調査

施設情報			
貴施設名		貴診療科	
記載者氏名			

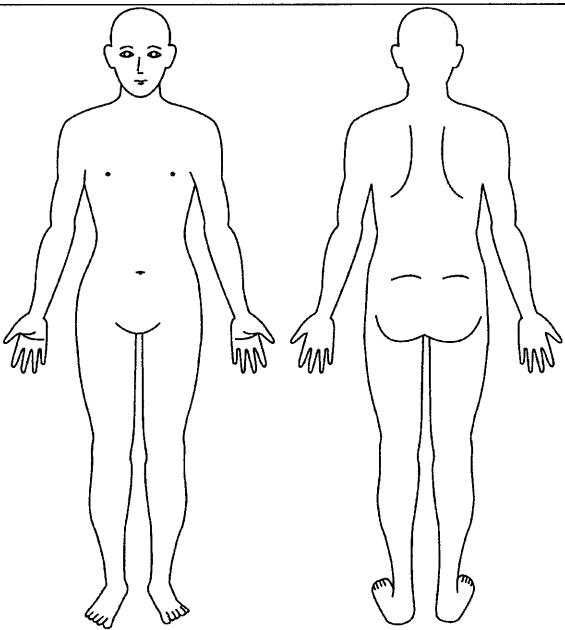
患者背景	
患者性別	男 ・ 女
患者生年(西暦)	年
最終診察日	年 月
最後に計測した身長（ cm）、体重（ kg）、（ 年 月時点）	
母親の習慣性流産の有無（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）	

遺伝子型
<input type="checkbox"/> 実施せず、 <input type="checkbox"/> 実施（以下の該当型にチェック下さい） 遺伝子型(<input type="checkbox"/> EDA、 <input type="checkbox"/> EDAR、 <input type="checkbox"/> EDARADD) <input type="checkbox"/> その他()

検査所見
血算・生化学検査での異常（ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有：(有の場合簡潔に内容を御記入下さい) <div style="text-align: right;">)</div>
内分泌検査での異常（ <input type="checkbox"/> 施行せず・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有： <div style="text-align: right;">)</div>
免疫グロブリン・補体・リンパ球数と機能・その他の免疫学的異常 （ <input type="checkbox"/> 施行せず・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有： <div style="text-align: right;">)</div>

発汗試験結果 (□施行せず・□施行) 検査法・結果：	
TEWL 経表皮水分蒸散量(g/m ² ・hr) □施行せず	
角質水分量(μS) □施行せず	
病理検査結果 (□施行せず □施行)	
汗腺の状態 (所見：)
毛包・脂腺 (所見：)
その他の所見 ()
その他の検査結果がございましたら御記載下さい。	

合併症	
重症感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> その他：
膠原病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
関節炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
神経疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
精神発達遅滞	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
脳形成異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> その他：
心血管疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
腎泌尿器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
肝胆膵疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
腸疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> その他：
眼疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 涙液減少 <input type="checkbox"/> その他：
耳鼻科疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
代謝内分泌疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：

顔貌の特徴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 前額突出 <input type="checkbox"/> 鞍鼻 <input type="checkbox"/> 厚く外翻した口唇 <input type="checkbox"/> 口蓋裂 <input type="checkbox"/> その他：
頭部毛髪 of 異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全禿頭 <input type="checkbox"/> 乏毛症(貧毛) <input type="checkbox"/> その他：
眉毛の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全欠損 <input type="checkbox"/> 部分欠損
口腔の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 唾液の減少 <input type="checkbox"/> 歯牙欠損 <input type="checkbox"/> 円錐歯 <input type="checkbox"/> その他：
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ①アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ②皮膚乾燥(魚鱗癬) <input type="checkbox"/> ③乾癬 <input type="checkbox"/> ④手掌の角化 <input type="checkbox"/> ⑤爪甲の形成異常 <input type="checkbox"/> ⑥疣贅(いぼ) <input type="checkbox"/> ⑦伝染性軟属腫(水いぼ) <input type="checkbox"/> ⑧色素失調症様皮膚所見(まだらな色素沈着) <input type="checkbox"/> その他：⑨
	
<p>上の項目で回答頂いた症状が出ている場所を、左の図の中に番号を書いて、皮膚症状の分布を図示して下さい。</p>	
無汗に伴う症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> うつ熱/体温調節障害 <input type="checkbox"/> その他：
アレルギー症状	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他：
その他特記すべき合併症	

その他、診断・治療についてのご意見や、研究班に対する要望などございましたらご記入下さい。

アンケートは以上でございます。御協力ありがとうございました。

【本研究に関する問い合わせ先】

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45 東京医科歯科大学皮膚科 宗次太吉
電話 03-5803-5286 FAX03-5803-5289 Email:mtakderm@tmd.ac.jp