

# 患者背景(初診時) 登録画面

患者情報									
登録日*	<input type="text"/> ※登録日は各Visitの基準日として利用します。								
生年月*	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月								
性別*	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性								
既往歴*	<input type="checkbox"/> 過労過働症 <input type="checkbox"/> 適圧性尿失禁 →手術歴 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 前立腺炎 <input type="checkbox"/> 急性前立腺炎 <input type="checkbox"/> 腎盂腎炎 <input type="checkbox"/> 腎臓腫瘍 →手術歴 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 尿道狭窄 →手術歴 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 膀胱頸部硬化症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 →手術歴 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 線維筋痛症 <input type="checkbox"/> 慢性疲労症候群 <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 ( <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> シェーグレン <input type="checkbox"/> その他膠原病 <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 炎症性消化管疾患 ( <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 ) <input type="checkbox"/> 過敏性腸症候群 <input type="checkbox"/> 骨格疾患 ( <input type="checkbox"/> 脊柱炎 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> すべり症 ) <input type="checkbox"/> 神経疾患 ( <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー病 ) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> アレルギー ( <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 ) <input type="checkbox"/> 病 →具体的に <input type="text"/>								
上記以外に今までにかかった病気があれば自由に記載してください	<input type="text"/>								
家族に間質性膀胱炎の人はいますか？*	<input type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる (続病) <input type="text"/>								
今までに手術をしたことはありますか？*	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり								
出産歴*	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり → <input type="text"/> 回 →帝王切開の有無 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり								
間質性膀胱炎の症状はいつからありましたか？*	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月								
初めて間質性膀胱炎と診断されたのはいつごろですか？* またどの病院ですか？	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ごろに <input type="text"/> 病院で診断								
過去に受診したことがある病院を記載してください	<input type="text"/>								
貴院を受診する前に他施設で行われた間質性膀胱炎の治療があれば、その名称と時期を記載してください	<table border="1"> <thead> <tr> <th>治療名</th> <th>治療時期</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/>年 <input type="text"/>月</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/>年 <input type="text"/>月</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/>年 <input type="text"/>月</td> </tr> </tbody> </table>	治療名	治療時期	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	治療名	治療時期							
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月							
	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月							
<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月								
その他にもあれば記載してください	<input type="text"/>								
特定の食材で、食べると間質性膀胱炎の症状が悪化するものはありますか？あれば内容を詳細記載ください*	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (悪化する食材: <input type="text"/> )								

# 病歴入力画面

保存して進む

このデータを削除する

初回（または治療前）OSS1*	<input type="checkbox"/> 不明 Q1 <input type="text"/> Q2 <input type="text"/> Q3 <input type="text"/> Q4 <input type="text"/> 合計 <input type="text"/>
初回（または治療前）OSP1*	<input type="checkbox"/> 不明 Q1 <input type="text"/> Q2 <input type="text"/> Q3 <input type="text"/> Q4 <input type="text"/> 合計 <input type="text"/>
初回（または治療前）Pain Scale（VASの場合は近い値にチェックをつけて下さい）*	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
初回（または治療前）QOL Score	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
初回（または治療前）の排尿日誌*	昼間排尿回数 <input type="text"/> 回
	夜間排尿回数 <input type="text"/> 回
	24時間排尿回数 <input type="text"/> 回
	24時間尿量 <input type="text"/> ml
	平均1回排尿量 <input type="text"/> ml
	最大1回排尿量 <input type="text"/> ml
症状の頻度	失禁回数 1日 <input type="text"/> 回程度バッド交換 または 1日 <input type="text"/> ml/失禁
	膀胱・陰部痛の頻度 <input type="radio"/> あり 一頻度 <input type="radio"/> 毎日痛むことはない <input type="radio"/> 数回同程度痛みがある 週 <input type="text"/> 回程度 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 毎日痛みがある 1日 <input type="text"/> 回程度
尿検査所見（貴院初回）*	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常 RBC <input type="radio"/> 0-4/npf <input type="radio"/> 5-19/npf <input type="radio"/> 20-49/npf <input type="radio"/> >50/npf WBL <input type="radio"/> 0-4/npf <input type="radio"/> 5-19/npf <input type="radio"/> 20-49/npf <input type="radio"/> >50/npf
	尿培養所見* 1日 <input type="text"/> 回程度（菌種： <input type="text"/> ）
ウロフロメトリー*	<input type="radio"/> 施行せず <input type="radio"/> 実施済み 排尿量 <input type="text"/> ml Qmax <input type="text"/> ml/s 残尿量 <input type="text"/> ml
ウロダイ所見（施行していれば記載）	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり FVD <input type="text"/> ml MDV <input type="text"/> ml コンプライアンス <input type="text"/> ml/cmH <sub>2</sub> O D0の有無 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
膀胱鏡所見の有無*（水圧拡張を伴わない、観察のみを目的とした膀胱鏡）	<input type="radio"/> 観察のみの膀胱鏡は施行せず（膀胱鏡による観察を水圧拡張術やハンナ病変の焼灼術と一緒に行った場合） <input type="radio"/> 施行した 麻酔法 <input type="checkbox"/> 無麻酔 <input type="checkbox"/> 粘膜麻酔 <input type="checkbox"/> サドルブロック <input type="checkbox"/> 硬椎麻酔 <input type="checkbox"/> 脊髄麻酔 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤投与 膀胱鏡所見 ハンナ病変（ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり →範囲 <input type="radio"/> 一部のみ <input type="radio"/> ほぼ全周性） 粘膜炎出血（ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり →範囲 <input type="radio"/> 一部のみ <input type="radio"/> ほぼ全周性） 亀裂（ <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり） 外来で膀胱鏡を行った後に、別途麻酔下での観察や水圧拡張術ないしはハンナ病変焼灼術などの手術追加を行いましたか？ <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい

# 他覚所見入力

# 振り分け画面

## 間質性膀胱炎レジスト! 開発環境

"厚生労働省 難治性疾患等政策研究事業" 間質性膀胱炎患者登録と診療ガイドラインに関する研究班

### 症例基本情報

症例番号 01-0046      検査状況 試験中

<前の症例

次の症例>

症例トップ

症例一覧

### 登録時情報

1 登録フォーム   2 施設での初診時所見   3 施設での初回手術所見（膀胱水圧拡張術またはTUC）   4 入力に関する情報

[症例のタイプ]この症例はどのタイプでしたか? をつけてください

ハンナ型   非ハンナ型   いわゆる過知覚膀胱   分類不能

戻る

保存して進む

# ハンナ型

## 登録時情報

1 登録フォーム 2 施設での初診時所見 3 施設での初回手術所見（膀胱水圧拡張術またはTUC） 4 入力に関する情報

[症例のタイプ]この症例はどのタイプでしたか？ ○をつけてください

ハンナ型 非ハンナ型 いわゆる過知覚膀胱 分類不能

ハンナ病室は何か所にありましたか？	<input type="text"/> 箇所
ハンナ病室はどこにありましたか？ 当てはまるものにチェックをつけてください（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 三角部 <input type="checkbox"/> 後三角部 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 頂部 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 右側壁 <input type="checkbox"/> 左側壁 <input type="checkbox"/> ほぼ全周性
ハンナ病室が全膀胱に占める割合はどの程度でしたでしょうか？ (印象で可)	膀胱粘膜全体の <input type="text"/> %
NBIは行いましたか？	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
癌の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
尿道狭窄の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ハンナ病室の生検はしましたか？	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
ハンナ病室の治療はどのようにおこなわれましたか？	<input type="checkbox"/> 何もなかった <input type="checkbox"/> 経尿道的凝固 <input type="checkbox"/> 経尿道的切除または蒸散 <input type="checkbox"/> レーザー
ハンナ病室の治療はどのタイミングで行いましたか？	<input type="checkbox"/> 水圧拡張の前 <input type="checkbox"/> 水圧拡張の後 <input type="checkbox"/> 水圧拡張は施行せず
水圧拡張術の条件を記載してください	圧 <input type="text"/> cmH2O 拡張時間 <input type="text"/> 分 1回の手術中の拡張回数（ <input type="checkbox"/> 単回 <input type="checkbox"/> 複数回） その他 <input type="text"/>
拡張後粘膜出血 (いわゆる五月雨状出血)の有無 あれば範囲を記載	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 一部のみ <input type="checkbox"/> ほぼ全体）
拡張中の亀裂の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
最大膀胱容量	<input type="text"/> ml
その他特記事項（自由記載）	<input type="text"/>

戻る

保存して進む

# 非ハンナ型

## 症例基本情報

症例番号 01-0046 検査状況 試験中

<前の症例

次の症例>

症例トップ

症例一覧

## 登録時情報

1 登録フォーム 2 施設での初診時所見 3 施設での初回手術所見 (膀胱水圧拡張術またはTUC) 4 入力に関する情報

[症例のタイプ]この症例はどのタイプでしたか? Oをつけてください

ハンナ型 非ハンナ型 いわゆる過知覚膀胱 分類不能

水圧拡張術の条件を記載してください	圧 <input type="text"/> cmH2O 拡張時間 <input type="text"/> 分 1回の手術中の拡張回数 ( <input type="radio"/> 単回 <input type="radio"/> 複数回 ) その他 <input type="text"/>
拡張後粘膜炎出血 (いわゆる五月雨状出血)の有無 あれば範囲を記載	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ( <input type="radio"/> 一部のみ <input type="radio"/> ほぼ全体 )
拡張中の電極の有無	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
最大膀胱容量	<input type="text"/> ml
その他特記事項 (自由記載)	<input type="text"/>

戻る

保存して進む

# 過知覚膀胱

## 間質性膀胱炎レジストリ 開発環境

"厚生労働省 難治性疾患等政策研究事業" 間質性膀胱炎患者登録と診療ガイドラインに関する研究班

### 症例基本情報

症例番号 01-0046 検査状況 試験中

<前の症例

次の症例>

症例トップ

症例一覧

### 登録時情報

1 登録フォーム 2 施設での初診時所見 3 施設での初回手術所見 (膀胱水圧拡張術またはTUC) 4 入力に関する情報

[症例のタイプ]この症例はどのタイプでしたか? をつけてください

ハンナ型 非ハンナ型 いわゆる過知覚膀胱 分類不能

水圧拡張術は行いましたか?	<input type="radio"/> 行っていない <input checked="" type="radio"/> 行った
水圧拡張術の条件を記載してください	圧 <input type="text"/> cmH2O 拡張時間 <input type="text"/> 分 1回の手術中の拡張回数 ( <input type="radio"/> 単回 <input type="radio"/> 複数回 ) その他 <input type="text" value="null"/>
最大膀胱容量	<input type="text"/> ml
その他特記事項 (自由記載)	<input type="text"/>

戻る

保存して進む