

好酸球性消化管疾患 全国調査 二次調査票

施設コード：●●●●●

研究用 ID*：

施設名：

記入医師名：

患者症例一件につきアンケート用紙一部をご使用ください。
空欄 にご記入、または該当する箇所にご記入ください。
2019年1月7日までにご返送下さい。

* 貴院で付けた研究用 ID を記載下さい

患者背景

- Q1. 患者イニシャル 姓 名 例：鈴木 花子 (S・H)
一施設に複数の患者がいる場合の患者識別のためのみに使用します。
- Q2. 性別 **選んでください** (男 ・ 女)
- Q3. 生年月 西暦 年 月
- Q4. 患者住所 市区町村までご記入ください 都・道・府・県 市・区・町・村
- Q5. この患者さんは貴施設に一定期間通院を継続していましたか？ (有病率算出のために使用します)
 はい いいえ、短期間、1-2回の外来診療のみ

臨床経過

- Q6. 診断名 **選んでください** (好酸球性食道炎 ・ 好酸球性胃腸炎)
- Q7. 発症時期 西暦 年 月頃
- Q8. 診断時期 西暦 年 月頃

【症状】 最も症状が重かった時期の数日間を念頭にご記入、☑してください

- Q9. 西暦 年 月頃
- Q10. 身長 cm、体重 kg

Q11. 行動制限	良好 <input type="checkbox"/>	通常より制限される <input type="checkbox"/>	制限あり <input type="checkbox"/>	ベッド上の生活 <input type="checkbox"/>
Q12. 嚥下障害	なし <input type="checkbox"/>	ときどき <input type="checkbox"/>	いつも <input type="checkbox"/>	固形物の摂取不可能 <input type="checkbox"/>
Q13. 嘔吐	なし <input type="checkbox"/>	1回/日まで <input type="checkbox"/>	2-4回/日の嘔吐 <input type="checkbox"/>	5回以上/日の嘔吐 <input type="checkbox"/>
Q14. 食欲不振	なし <input type="checkbox"/>	食欲が少し低下 <input type="checkbox"/>	食欲低下 <input type="checkbox"/>	食事摂取不可能 <input type="checkbox"/>
Q15. 腹痛	なし <input type="checkbox"/>	活動を制限しない <input type="checkbox"/>	活動制限・夜間覚醒 <input type="checkbox"/>	鎮痛薬の使用が必要 <input type="checkbox"/>
Q16. 下痢	なし <input type="checkbox"/>	2-5回の水様便 <input type="checkbox"/>	6回以上の水様便 <input type="checkbox"/>	輸液を必要とした <input type="checkbox"/>
Q17. 腹水	なし <input type="checkbox"/>	少量 <input type="checkbox"/>	中等量 <input type="checkbox"/>	大量 <input type="checkbox"/>
Q18. 血便	なし <input type="checkbox"/>	少量 <input type="checkbox"/>	中等量 <input type="checkbox"/>	大量 <input type="checkbox"/>
Q19. 不登校・欠勤	なし <input type="checkbox"/>	ときどき <input type="checkbox"/>	頻繁 <input type="checkbox"/>	ほとんど不可能 <input type="checkbox"/>

【重篤な合併症の有無】

Q20. 認めたものに☑してください。(複数回答可)

- a. なし b. 腸穿孔 c. 腸閉塞 d. 手術を要した e. ショック
 f. 成長障害/著明な体重減少 g. 低蛋白血症 (総蛋白<6.0g/dL, Alb<3.0g/dL)

臨床検査所見 最も症状が重かった時期について 記入してください

Q21. 末梢血白血球数 / μ L, Q22. 末梢血好酸球 %,
 Q23. 血清総蛋白※ g/dL, Q24. 血清アルブミン※ g/dL

※ 血清総蛋白とアルブミンは、最も症状が重かった時期の前後の 最低値 をお書きください

Q25. 腹水中好酸球 未施行 増多なし 増多あり(%)
 Q26. 便粘液好酸球 未施行 増多なし 増多あり

内視鏡所見 最も重症度の高い回について 記入してください

Q27. 実施時期 西暦 年 月

Q28. 実施施設 選んでください (当院 ・ 他院)

	食道	胃	十二指腸	回腸	結腸	S状	直腸
実施部位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉眼的異常あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
組織好酸球増多あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
組織好酸球数(/HPF) <small>400倍1視野の好酸球数 わかればご記入ください</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* 組織好酸球数増多の基準値は 20/HPF とされています。

特記すべきこと

治療内容

Q29. 治療なし → 次ページへお進みください

治療あり

該当する治療内容に☑のうえ、効果について近いものを指標1-5より選んで記入してください。

* 他のアレルギー疾患に対して使用している場合は除きます。

治療内容	効果
a. <input type="checkbox"/> 全身ステロイド薬	<input type="text"/>
b. <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤	<input type="text"/>
c. <input type="checkbox"/> 食物除去	<input type="text"/>
d. <input type="checkbox"/> 吸入ステロイド嚥下	<input type="text"/>
e. <input type="checkbox"/> 制酸薬 (PPI など)	<input type="text"/>
f. <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン、抗ロイコトリエン薬	<input type="text"/>
g. <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	<input type="text"/>

効果の指標

1: 疾患を完治させた

(その後治療なしで無症状を維持)

2: 症状を完全に消失させた

3: 症状を一部改善させた

4: 無効

5: 不明

特記すべきこと

上の質問で全身ステロイド薬に☑された方はお答えください。未使用の方は次ページへお進みください。

全身ステロイド薬の使用歴について

Q30. 投与方法、投与量、期間についてご記載下さい。

a. ステロイドの長期投与 (12週間以上) を行いましたか? いいえ はい

維持量 mg/日 (連日・隔日投与) どちらかを選んでください

現在も投与を続けていますか? いいえ はい

b. 使用期間合計 推定 年 ヶ月程度

c. ステロイドパルス療法を行いましたか? いいえ はい

Q31. ステロイドの副作用と思われる症状で、以下のうち認めるものに☑をお願いします。(複数回答可)

a. 副作用なし b. 低身長 c. 骨粗しょう症

d. うつ状態 e. 肥満 f. 高血圧 g. 糖尿病

h. 眼症(緑内障、白内障) i. 多毛 j. その他

自然歴と治療効果

直近、西暦 年 月時点のご評価

Q32. 発症から直近評価時点までの期間が 6ヶ月以上

いいえ(a)

アンケートは以上で終わりです。
ご協力ありがとうございました。

はい

Q33. 患者さんの直近の状態
(フローチャートに沿って進み
いずれかに☑してください)

症状持続期間 3ヶ月未満 (b)

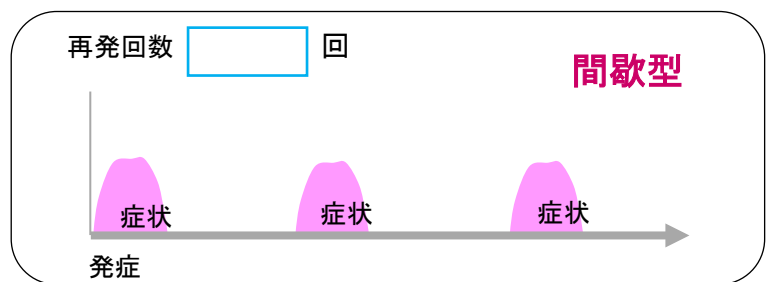


症状持続期間 3ヶ月以上 (c)



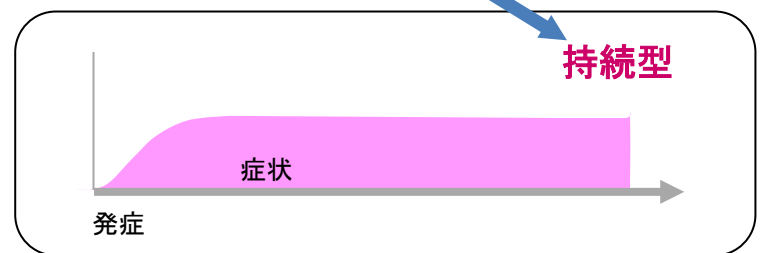
自然経過/治療により症状消失し
無治療で再燃なし

無治療期間最長 3ヶ月以上 (d)



無治療期間もあるが
間歇的に再燃

無治療期間最長 3ヶ月未満 (e)



症状持続、または
症状を消失させる
ために継続的な
治療が必要 (f)

分類不能 (g) 詳細:

アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。