

17 クロウン病 臨床調査個人票

(1.新規)

ふりがな 氏名			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話 ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県	
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険種別	1.政 2.組 3.船 4.共 5.国 6.老
身体障害者 手帳	1.あり (等級____級) 2.なし		介護認定	1.要介護 (要介護度____) 2.要支援 3.なし			
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 (____)) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)						
受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他 ()						
発症と経過 (具体的に記述)							
【WISH入力不要】							
前医	1.あり (医療施設名・担当医名・電話) 2.なし						
病態							
最近の罹患部位 (平成 年 月 日)	1.食道 2.胃 3.十二指腸 4.空腸 5.回腸 6.盲腸 7.結腸 8.直腸 9.肛門 10.その他 () 11.不明						
最近の重症度 (平成 年 月 日)	I O I B Dスコア____点 ※IOIBDスコア：右欄の主症状の(1)~(9)を各1点とし、ヘモグロビン10g/dl以下を1点とした合計点。						
腸管合併症 腸管外合併症 潰瘍性大腸炎家系内発生 クローン病家系内発生	1.あり () 2.なし 1.あり () 2.なし 1.あり (続柄) 2.なし 1.あり (続柄) 2.なし						
栄養療法 IVH : intravenous hyperalimentation HPN : home parenteral nutrition HEN : home enteral nutrition							
IVH HPN 経腸 HEN その他	1.あり (kcal/日) 2.なし 1.あり (kcal/日) 2.なし 1.あり (kcal/日) 2.なし 1.あり (kcal/日) 2.なし 1.あり (kcal/日) 2.なし						
内科的治療							
現在の治療 (術後合併症に対する治療 を含む)	ステロイド 1.あり 2.なし 5-ASA製剤 1.あり 2.なし 免疫抑制剤 1.あり 2.なし その他 ()						
薬剤による副作用	1.あり (症状又は所見 :) 2.なし						
外科的治療							
手術理由 手術日 術式 術後合併症 肉眼的及び組織学的所見	1.出血 2.巨大結腸症 3.癌 4.穿孔 5.難治 6.腸管外合併症 () 7.その他 () 1回目：平成 年 月 日 (術式 :) 2回目：平成 年 月 日 (術式 :) 1.あり () 2.なし 所見 ()						
ツベルクリン反応 (平成 年 月 日)							
() × () mm () × () mm							
糞便病原性微生物検出 (平成 年 月 日)							
1.あり (微生物名) 2.なし							

臨床症状及び所見（最近6か月以内の所見を記入すること）			
身長	cm	体重	Kg
項目	最近の所見		最近の所見
1 主症状	平成 年 月 日		3 X線造影検査 平成 年 月 日
(1)腹痛	1. あり	2. なし	検査施行 1. 検査あり 2. 検査未施行 (1. 食道 2. 胃 3. 小腸 4. 大腸) 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし
(2) 1日6回以上の下痢あるいは粘血便	1. あり	2. なし	
(3) 肛門部病変	1. あり	2. なし	
(4) 瘻孔	1. あり	2. なし	
(5) その他の合併症（合併症内容）	1. あり	2. なし	
(6) 腹部腫瘍	1. あり	2. なし	
(7) 体重減少	1. あり	2. なし	
(8) 38℃以上の発熱	1. あり	2. なし	
(9) 腹部圧痛	1. あり	2. なし	
2 血液検査	平成 年 月 日		4 内視鏡所見 平成 年 月 日
検査施行	1. 検査あり 2. 検査未施行		検査施行 1. 検査あり 2. 検査未施行 (1. 食道 2. 胃 3. 小腸 4. 大腸) 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし
(1) 赤血球数	() ×10 ⁴ /mm ³		
(2) ヘモグロビン	() g/dl		
(3) 白血球数	() /mm ³		
(4) 血小板	() ×10 ⁴ /mm ³		
(5) 赤沈（1時間）	() mm		
(6) CRP	() mg/dl		
(7) 総蛋白	() g/dl		
(8) アルブミン	() g/dl		
(9) コレステロール	() mg/dl		
鑑別診断（以下の疾患が鑑別できること）			5 病理組織所見 平成 年 月 日
① 虚血性大腸炎		1. 鑑別できる 2. 鑑別できない	
② 潰瘍性大腸炎		1. 鑑別できる 2. 鑑別できない	
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ()			
医師の氏名			
印 記載年月日：平成 年 月 日			
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)			
症状が悪化したことを医師が確認した年月日			
平成 年 月 日			
特定疾患登録者証交付年月日			
平成 年 月 日			

17 クロウン病 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな 氏名			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話 ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県	
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険種別	1.政 2.組 3.船 4.共 5.国 6.老
身体障害者 手帳	1.あり(等級____級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし			
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____))						初回認定年月
	日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)						1.昭和 2.平成
受診状況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()						
治療と経過(前回申請からの変化を中心に具体的に記述)							
【WISH入力不要】							
前医	1.あり(医療施設名・担当医名・電話) 2.なし						
病態							
最近の罹患部位 (平成 年 月 日)	1.食道 2.胃 3.十二指腸 4.空腸 5.回腸 6.盲腸 7.結腸 8.直腸 9.肛門 10.その他() 11.不明						
最近1年以内の重症度 (平成 年 月 日)	I O I B Dスコア _____点 ※IOIBDスコア:右欄の主症状の(1)~(9)を各1点とし、ヘモグロビン10g/dl以下を1点とした合計点。						
腸管合併症 腸管外合併症 潰瘍性大腸炎家系内発生 クローン病家系内発生	1.あり() 2.なし 1.あり() 2.なし 1.あり(続柄) 2.なし 1.あり(続柄) 2.なし						
栄養療法(最近1年以内の状況)							
IVH:intravenous hyperalimentation HPN:home parenteral nutrition HEN:home enteral nutrition							
IVH HPN 経腸 HEN その他	1.あり(kcal/日) 2.なし 1.あり(kcal/日) 2.なし 1.あり(kcal/日) 2.なし 1.あり(kcal/日) 2.なし 1.あり(kcal/日) 2.なし						
内科的治療(最近1年以内の状況) 1.実施(下欄も記入) 2.未実施							
現在の治療 (術後合併症に対する治療 を含む)	ステロイド 1.あり 2.なし 5-ASA製剤 1.あり 2.なし 免疫抑制剤 1.あり 2.なし その他()						
薬剤による副作用	1.あり(症状又は所見:) 2.なし						
外科的治療(最近1年以内の状況) 1.実施(下欄も記入) 2.未実施							
手術理由 手術日 術式 術後合併症 肉眼的及び組織学的所見	1.出血 2.巨大結腸症 3.癌 4.穿孔 5.難治 6.腸管外合併症() 7.その他() 1回目:平成 年 月 日(術式:) 2回目:平成 年 月 日(術式:) 1.あり() 2.なし 所見()						
ツベルクリン反応(平成 年 月 日)							
() × () mm () × () mm							
糞便病原性微生物検出(平成 年 月 日)							
1.あり(微生物名) 2.なし							

臨床症状及び所見（最近1年以内の所見を記入すること）			
身長	cm	体重	Kg
項目	最近の所見		最近の所見
1 主症状	平成 年 月 日		3 X線造影検査 平成 年 月 日
(1)腹痛	1.あり	2.なし	検査施行 (1)非連続性病変 (2)敷石像 (3)縦走潰瘍 (4)アフタ・小潰瘍 (5)狭窄・狭小 (6)裂溝 (7)瘻孔
(2)1日6回以上の下痢あるいは粘血便	1.あり	2.なし	
(3)肛門部病変	1.あり	2.なし	
(4)瘻孔	1.あり	2.なし	
(5)その他の合併症（合併症内容）	1.あり	2.なし	
(6)腹部腫瘍	1.あり	2.なし	
(7)体重減少	1.あり	2.なし	
(8)38℃以上の発熱	1.あり	2.なし	
(9)腹部圧痛	1.あり	2.なし	
2 血液検査	平成 年 月 日		4 内視鏡所見 平成 年 月 日
検査施行	1.検査あり		検査施行 (1)非連続性病変 (2)敷石像 (3)縦走潰瘍 (4)アフタ・小潰瘍 (5)狭窄・狭小 (6)裂溝 (7)瘻孔
(1)赤血球数	()	×10 ⁴ /mm ³	
(2)ヘモグロビン	()	g/dl	
(3)白血球数	()	/mm ³	
(4)血小板	()	×10 ⁴ /mm ³	
(5)赤沈（1時間）	()	mm	
(6)CRP	()	mg/dl	
(7)総蛋白	()	g/dl	
(8)アルブミン	()	g/dl	
(9)コレステロール	()	mg/dl	
鑑別診断（以下の疾患が鑑別できること）			5 病理組織所見 平成 年 月 日
① 虚血性大腸炎		1.鑑別できる 2.鑑別できない	
② 潰瘍性大腸炎		1.鑑別できる 2.鑑別できない	
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ()			
医師の氏名			
印			
記載年月日：平成 年 月 日			