追加病歴（筋炎用）　　検体番号

患者氏名（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者 ID：＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床所見

皮疹：　ゴットロン徴候（無・有）　　ヘリオトロープ疹（無・有）

その他の皮疹　（無・有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

皮膚生検　（無・有＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

運動系：　筋痛（無・有）

嚥下障害（無・有）

検査所見

血液一般検査：　WBC ＿＿＿＿＿/μl　Hgb ＿＿＿＿＿g/dl　血小板 ＿＿＿＿＿/μl

尿所見：　尿蛋白（無・有）

免疫学的検査：　抗核抗体 ＿＿＿＿＿倍＿＿＿＿＿型、

抗 Jo-1 抗体（無・有）、抗 SS-A 抗体（無・有）、抗 SS-B 抗体（無・有）、

抗 RNP 抗体（無・有）、抗 DNA 抗体（無・有）、抗 Scl-70 抗体（無・有）

筋外合併症

間質性肺病変（無・有）　KL-6＿＿＿＿＿＿＿＿

心筋病変（無・有）

胸部単純 X 線所見 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

胸部ＣＴ所見 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

筋炎発症時の悪性腫瘍（無・有 病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

悪性腫瘍の既往　（無・有 病名＿＿＿＿＿＿＿＿　筋炎発症何年前から？＿＿＿＿＿＿）

他の膠原病との合併　（無・有 症状と所見＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

その他の所見 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（独）国立精神・神経医療研究センター TMC 検体受付窓口　ホームページ www.ncnp.go.jp
〒187-8551　東京都小平市小川東町４－１－１　TEL 042-346-1770　FAX 042-346-1783