

病歴用紙 (小児用)

検体番号

患者氏名: ふりがな _____ 患者 ID: _____

生年月日: _____年____月____日 (満 歳 カ月) 性別: 男 ・ 女

臨床診断: _____

検体採取部位 (筋名): (右・左) _____ (_____年____月____日施行)

結果送付先 機関名: _____ 科名: _____

住所: 〒

TEL: _____

主治医氏名: _____ E-mail: _____

(複数名の場合、結果送付時の宛名となる代表者名 (なるべく長期的に連絡可能な方) を最初に記載して下さい)

主訴: _____

現病歴: _____

家族歴:
両親血族婚 (無・有 _____)
神経筋疾患 (無・有 _____)

周産期:
母体の異常 (無・有 _____)
羊水量 (正常・過少・過多) 胎動 (正常・微弱)

新生児期:
出生時体重 _____ kg 身長 _____ cm 在胎 _____ 週 仮死 (無・有)
分娩 (自然・吸引・帝王切・その他 _____) Apgar Score (1/5分): _____ / _____ 点
異常所見 黄疸 (軽・中・重) 呼吸障害 痙攣 哺乳障害 啼泣微弱
 人工呼吸器使用 チューブ栄養 関節拘縮 (肩・肘・手・手指・股・膝・足)
その他 _____ 低血糖 電解質

家系図

発達歴: 追視 () 頸定 () 独座 () 這行 ()
独立ち () 独歩 () 有意語 () 二語文 ()

身体所見: _____年____月____日時点
身長 _____ cm (SD) 体重 _____ kg 頭囲 _____ cm (SD) 胸囲 _____ cm
皮膚異常 (無・有: ケロイド・過伸展・その他 _____)

脊柱変形（無・前弯・側弯） 胸郭変形（無・有：漏斗胸・鳩胸） 股関節脱臼（無・有）

関節拘縮（無・有 部位：_____）

関節過伸展（無・有 部位：_____）

斜頸（無・有） 頸部運動制限（無・有 前屈・後屈・回旋）

高口蓋（無・有：狭高口蓋・広高口蓋） 停留精巣（無・有） 小奇形（無・有：_____）

呼吸障害（無・有） 人工呼吸器の使用（無・有： 歳から・NPPV・TPPV）

脳神経系： 眼瞼下垂（無・有） 眼球運動障害（無・有） 顔面筋罹患（無・有）

構音・発声障害（無・有 _____） 嚥下障害（無・有）

運動系： 四肢筋力低下（無・有：近位筋優位・全般性・遠位筋優位・左右差）

頸部筋力低下（無・有） 筋緊張（正常・低下・亢進）

筋萎縮（無・有：_____） 翼状肩甲（無・有）

筋肥大（無・有：腓腹筋・舌・その他_____）

深部腱反射：（正常・低下・消失・亢進） 筋力変動（無・有：日内・週・月単位）

筋痛（無・有：部位_____運動後から発症までの時間_____）

座位保持（可・不可）

起立異常（無・有：Gowers' sign・その他_____）

歩行異常（無・有_____・歩行不可：車椅子使用（無・有：___歳から）

走行（可・不可）

小脳症状：（無・有_____） 不随意運動：（無・有_____）

感覚系：（正常・異常_____） 知能：（正常・境界・低下） IQ, DQ_____

痙攣発作：（無・有_____） その他：_____

検査所見：

安静時CK_____（基準値 _____）Aldolase_____（基準値 _____）

AST_____ ALT_____ CRP_____ ESR_____

乳酸（血中）_____（正常値 _____）（髄液中）_____

ピルビン酸（血中）_____（正常値 _____）（髄液中）_____

各種自己抗体_____

前腕運動負荷試験_____

画像所見（できればCD-Rで画像データをお送りください）

（筋：CT・MRI・エコー）_____

（中枢神経系：CT・MRI）_____

心電図／心エコー_____ 呼吸機能：VC_____L %VC_____%（座位・臥位）

眼底所見_____ その他_____

筋炎が疑われる場合、このページにもご記入ください

追加病歴（筋炎用）

検体番号

臨床所見

皮疹： ゴットロン徴候（無・有） 機械工の手（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 所見 _____）

運動系： 筋痛（無・有）
嚥下障害（無・有）

検査所見

血液一般検査： WBC _____ / μ l Hgb _____ g/dl 血小板 _____ / μ l
尿所見： 尿蛋白（無・有）
免疫学的検査： 抗ARS抗体（無・有・未） 抗Jo-1抗体（無・有・未）
抗SRP抗体（無・有・未） 抗ミトコンドリアM2抗体（無・有・未）
抗HMGR抗体（無・有・未） 抗TIF1 γ 抗体（無・有・未）
抗MDA5抗体（無・有・未） 抗Mi-2抗体（無・有・未）
抗NXP-2抗体（無・有・未） 抗SAE抗体（無・有・未）
抗SS-A抗体（無・有・未） 抗SS-B抗体（無・有・未）
抗RNP抗体（無・有・未） 抗Scl-70抗体（無・有・未）
抗DNA抗体（無・有・未） 抗核抗体 _____ 倍 _____ 型

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 _____）

スタチン製剤の使用（無・有：使用中・過去に使用 薬品名・時期 _____）

（血液検体を送付する場合は以下の欄にも記載して下さい） 採血日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採血時のステロイド・免疫修飾薬の使用（無・有 _____）

採血時の原疾患以外の活動性炎症（感冒，アレルギー，外傷等を含む）（無・有 _____）

FSHD が疑われる場合、このページにもご記入ください

追加病歴 (顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー (FSHD) 用) 検体番号

家族歴 (無・有) → ありの場合 病歴用紙に詳細な家系図を記入してください

自覚症状

薄目を開けて寝ている (無・有) ____ 歳から	目が閉じづらい (無・有) ____ 歳から
口笛が吹けない (無・有) ____ 歳から	ストローで水が飲めない (無・有) ____ 歳から
口が閉じづらい (無・有) ____ 歳から	鉄棒で逆上がりができない (無・有) ____ 歳から
腕が挙げづらい (無・有) ____ 歳から	棚にももの上げるのが苦手 (無・有) ____ 歳から
難なく椅子から起立可能	(はい・いいえ)
椅子から起立可能だが手で支えないといけない	(はい・いいえ)
歩行可能だが椅子から起立できない	(はい・いいえ)
歩行不可	(はい・いいえ)

診察所見

翼状肩甲 (無・右優位・左優位・両側同等)	肩外転での肩甲骨上方移動 (無・有)
まつ毛徴候 (無・右優位・左優位・両側同等)	Beavor 徴候 (無・有)
舌萎縮 (無・有) 嚥下障害 (無・有)	漏斗胸 (無・有) 腰椎前彎 (無・有)

<筋力低下・筋萎縮>

眼輪筋 (無・右優位・左優位・両側同等)	大腿四頭筋 (無・右優位・左優位・両側同等)
口輪筋 (無・右優位・左優位・両側同等)	Hamstrings (無・右優位・左優位・両側同等)
上腕二頭筋 (無・右優位・左優位・両側同等)	前脛骨筋 (無・右優位・左優位・両側同等)
三角筋 (無・右優位・左優位・両側同等)	腓腹筋 (無・右優位・左優位・両側同等)
大胸筋 (無・右優位・左優位・両側同等)	

<筋外症状>

聴力 (未検 / 正常・難聴あり 右 ____ dB / 左 ____ dB) 網膜血管異常 (未検 / 無・有 _____)

その他 _____

自己免疫疾患の合併 (無・有 _____)

抗 AChR 抗体 (無・有) 抗 SRP 抗体 (無・有) その他 (無・有 _____)

その他の所見 (臨床的に FSHD と考えるに至った情報を自由にご記載ください)