

病歴用紙（成人用）

検体番号

ふりがな
患者氏名： _____ 患者 ID： _____

生年月日： _____年 _____月 _____日 （満 歳） 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：（発症年齢、初発症状、罹患部位、経過、現在の ADL 等を簡潔に記載して下さい）

既往歴： _____

発達歴（正常・異常 _____） 処女歩行（ _____） 歳

内服薬（無・有 _____）

抗高脂血症薬（無・有 _____薬品名・時期等 _____）

ステロイド（無・有 _____薬品名・時期等 _____）

家族歴

両親血族婚（無・有 _____）

神経筋疾患（無・有 _____）

身体所見

身長 _____cm 体重 _____kg

皮疹（無・有 _____）

脊柱変形（無・有 _____）

胸郭変形（無・有 _____）

関節拘縮（無・有 _____）

高口蓋（無・有：狭高口蓋・広高口蓋） 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）

家系図



神経学的所見：

知能（正常・境界・低下） 認知機能（MMSE・HDS-R_____）
 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 握力（右_____kg/左_____kg） 歩行（可能・補助具で可（_____））・不可

MMT		頸部	肩関節	肘関節	手関節	手指	股関節	膝関節	足関節
屈曲	右	前屈	外転		掌屈				底屈
	左		外転		掌屈				底屈
伸展	右	後屈	/		背屈				背屈
	左				背屈				背屈

筋萎縮（無・有_____） 翼状肩甲（無・有_____）
 筋肥大（無・有 腓腹筋・舌・その他_____） 筋緊張（正常・低下・亢進）
 Myotonia（無・有_____） 筋力変動（無・有：日内・週単位・月単位・他_____）
 筋痛（無・有：部位_____ 運動後から発症までの時間_____）
 頸部運動制限（無・有 前屈・後屈・回旋） 深部腱反射（正常・低下・消失・亢進）
 不随意運動（無・有_____） 小脳症状（無・有_____）
 感覚系（正常・異常_____） 自律神経系（正常・異常_____）
 眼底所見（正常・異常_____） その他 _____

検査所見：

安静時 CK_____（基準値_____） Aldolase_____（基準値_____）
 AST_____ ALT_____ CRP_____ ESR_____ ACE_____
 乳酸（血中）_____（基準値_____）（髄液中）_____
 ピルビン酸（血中）_____（基準値_____）（髄液中）_____
 各種自己抗体_____
 M蛋白血症（無・有 λ型・κ型） 内分泌系_____
 感染症 HBV・HCV・HTLV-1・他_____
 (Ischemic) forearm exercise test _____
 筋電図_____
 神経伝導検査・RNS _____
 画像検査（できればCD-Rで画像データをお送りください）
 骨格筋：CT・MRI・エコー _____
 中枢神経系：CT・MRI _____
 心電図_____ 心エコー_____
 呼吸機能検査：座位・臥位 VC_____ L %VC_____ %
 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 _____/μl Hgb _____g/dl 血小板 _____/μl

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HMGCR抗体（無・有・未） 抗TIF1γ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)