

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

発達歴: 追視 ( ) 頸定 ( ) 独座 ( ) 這行 ( )

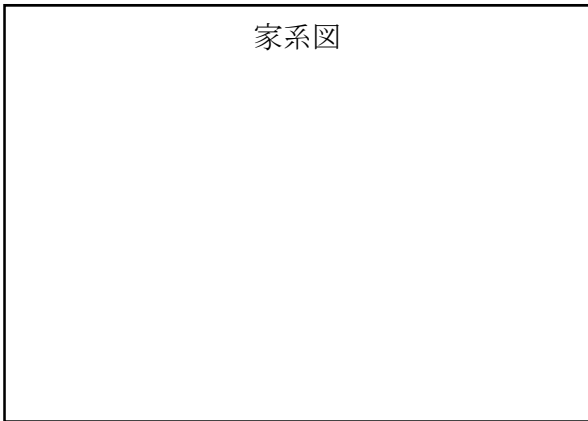
独立ち ( ) 独歩 ( ) 有意語 ( ) 二語文 ( )

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 \_\_\_\_\_)

家系図



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） Myotonia（無・有\_\_\_\_\_）

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\_\_\_\_\_

筋電図\_\_\_\_\_

神経伝導検査・RNS\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_/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）

---

---