

【感染症スクリーニング】※必須
HBs-Ag (-/+ / 未) ・ HCV-Ab (-/+ / 未) ・ HTLV-1-Ab (-/+ / 未) ・ HIV-Ag/Ab (-/+ / 未)

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

人種 : 日本人 ・ その他 (_____) ※特に遺伝学的解析の際には可能な範囲で聴取してください

臨床診断 : _____

検体の種類 : 骨格筋、末梢神経、皮膚、血液、その他 (_____) 培養の有無 : あり、なし

採取部位 (筋の場合は筋名) : (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_____、運動中（運動開始から発症までの時間_____）・運動後）

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）_____

感染症（冒頭欄外記載のもの以外）_____

内分泌系_____

(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 _____ / 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 _____ 倍・未）	抗 Jo-1 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 SRP 抗体	（無・有 _____ 倍・未）	抗ミトコンドリア M2 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 HMGR 抗体	（無・有 _____ 倍・未）	抗 TIF1 γ 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 MDA5 抗体	（無・有 _____ 倍・未）	抗 Mi-2 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 NXP-2 抗体	（無・有 _____ 倍・未）	抗 SAE 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 SS-A 抗体	（無・有 _____ 倍・未）	抗 SS-B 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 RNP 抗体	（無・有 _____ 倍・未）	抗 Scl-70 抗体	（無・有 _____ 倍・未）
抗 DNA 抗体	（無・有 _____ 倍・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）	Beevor 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・未） 抗 SRP 抗体（無・有・未） その他（ _____ ）

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）