

【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

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 _____)

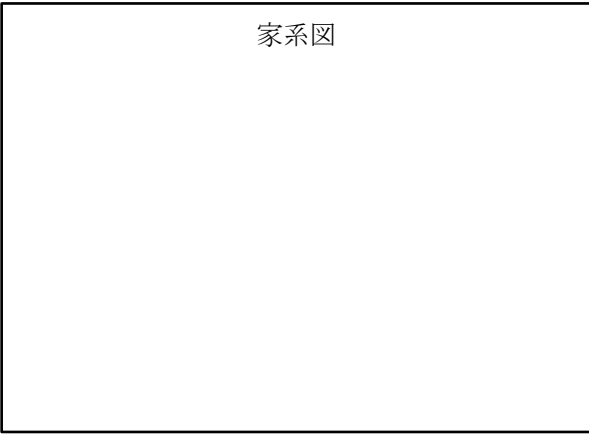
脊柱変形 (無・有 _____)

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)



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 _____/ul Hgb _____g/dl 血小板 _____/ul

尿所見： 尿蛋白（無・有）

免疫学的検査：

抗 ARS 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗 Jo-1 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 SRP 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗ミトコンドリア M2 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 HMGR 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗 TIF1γ 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 MDA5 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗 Mi-2 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 NXP-2 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗 SAE 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 SS-A 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗 SS-B 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 RNP 抗体	（ -・+ _____倍・未）	抗 Scl-70 抗体	（ -・+ _____倍・未）
抗 DNA 抗体	（ -・+ _____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 _____）

新型コロナウイルスワクチン接種歴（無・有：回数 _____ 最終接種日 _____ 商品名 _____）

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：薬品名 _____）

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	棚にものを上げるのが苦手	（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（-・+: _____倍・未） 抗 SRP 抗体（-・+: _____倍・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）