

【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 (小児用)

検体番号

ふりがな

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 患者 ID : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 (満 歳 カ月) 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 \_\_\_\_\_)

家系図

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 頭圍 \_\_\_\_\_ cm ( SD) 胸圍 \_\_\_\_\_ 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) 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:\_\_\_\_\_, 運動中(運動開始から発症までの時間:\_\_\_\_\_)・運動後)  
 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:\_\_\_\_\_ ) 脳卒中様エピソード:(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 \_\_\_\_\_  
 感染症 (冒頭欄外記載のもの以外) \_\_\_\_\_  
 内分泌系 \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_ / $\mu$ l Hgb \_\_\_\_\_ g/dl 血小板 \_\_\_\_\_ / $\mu$ 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 $\gamma$ 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）