

# 症例登録票 (2回目登録)

## 日本医師会 かかりつけ医 糖尿病データベース研究事業 (J-DOME)

Ver.2.1      施設整理番号      0000.

※赤字の必須項目については必ずご記入ください。前回記入内容を薄い字で示しています。  
検査値は最新の数値をご記入ください。青字の新規項目のご記入もよろしくお願ひします。

基本情報 ※必須	登録番号	10	同意の取得	<input checked="" type="checkbox"/> あり
	診療日(要更新)	西暦	年 月 日	[西暦 2018年 05月 10日]
	年齢	( ) 歳	[ 73 ]	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	身長	( ) cm	[ 170.5 ]	体重(要更新) ( ) kg [ 70.1 ]

特性	糖尿病の診断年月	西暦	年 月	
	当院への糖尿病通院歴	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> ～1年 <input type="checkbox"/> 1～5年 <input type="checkbox"/> 6～10年 <input type="checkbox"/> 11～15年 <input checked="" type="checkbox"/> 15年以上		
	糖尿病の家族歴(2親等以内)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり (      本/日 ・ 年数      年) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり		
	飲酒頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1合～3合未満 <input checked="" type="checkbox"/> 週に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日～3日 <input type="checkbox"/> 数ヶ月に1回 <input type="checkbox"/> 飲まない		
	飲酒日の1日当たりの飲酒量(日本酒換算)	<input checked="" type="checkbox"/> 1合(180ml)未満 <input type="checkbox"/> 1合～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合～ <small>*日本酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)</small>		
生活習慣の指導	食事療法の指導	<input checked="" type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	運動療法の指導	<input checked="" type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない

他科・合併症	歯科定期受診(年1回以上)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	眼科定期受診(年1回以上)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 増殖前 <input type="checkbox"/> 増殖 ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	糖尿病性腎症病期分類 ※詳細は裏面を参照	<input checked="" type="checkbox"/> 無または第1期 <input checked="" type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期 <input type="checkbox"/> 第4期 <input type="checkbox"/> 第5期 <input type="checkbox"/> 不明 <small>*第5期の場合:人工透析の導入 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</small>		
	神経障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	足の状態	足白癬: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 足病変: <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 増殖前 <input type="checkbox"/> 増殖 ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

併発疾患	認知症の診断	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	脳卒中の診断	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 初回登録または前回登録時から変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時から変化(新規イベント)あり ) <small>*ありの場合の診断名: <input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>脳出血 <input type="checkbox"/>くも膜下出血 <input type="checkbox"/>一過性脳虚血発作(TIA)</small> <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	がん・悪性腫瘍の診断	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 初回登録または前回登録時から変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時から変化(新規イベント)あり ) <small>*ありの場合の診断名: <input type="checkbox"/>胃がん <input type="checkbox"/>肺がん <input type="checkbox"/>大腸がん <input type="checkbox"/>乳がん <input type="checkbox"/>肝臓がん  <input type="checkbox"/>膵臓がん <input type="checkbox"/>子宮体がん <input type="checkbox"/>膀胱がん <input type="checkbox"/>その他 (      )</small> <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	冠動脈疾患の診断	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 初回登録または前回登録時から変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時から変化(新規イベント)あり ) <small>*ありの場合の診断名: <input type="checkbox"/>心筋梗塞 <input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>その他 (      )</small> <small>*ありの場合:血行再建治療(PCI/CABG等) <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>その他 (      )</small> <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

血圧・検査・処方薬	収縮期血圧(必須)	( ) mmHg [ 152 ]	拡張期血圧(必須)	( ) mmHg [ 90 ]
	血糖値	空腹時: ( ) mg/dl / 随時: ( ) mg/dl [空腹時: 123 /随時: ]		
	HbA1c(NGSP値)(必須)	( ) % [ 6.6 ]	総コレステロール	( ) mg/dl [ ]
	中性脂肪	( ) mg/dl [ 114 ]	HDLコレステロール	( ) mg/dl [ 65 ]
	ALT	( ) IU/L [ 19 ]	LDLコレステロール	( ) mg/dl [ ]
	尿蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 <input type="checkbox"/> 未評価・不明	血清クレアチニン	( ) mg/dl [ 0.86 ]
	尿酸値	( ) mg/dl [ ]	尿アルブミン/クレアチニン比	( ) mg/gCr [ 39 ]
	ケトン体	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上 <input type="checkbox"/> 未評価・不明		
	処方薬	<p>前回登録からの処方の変更の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 前回登録以降、種類の変更なし <input type="checkbox"/> 前回登録以降、種類の変更あり ※変更ありの場合、現在、処方中の治療薬全てに☑をつけてください。 また、前回処方していたが、現在処方しなくなった治療薬には、二重取り消し線を引いてください。(例: <del>ロヒダマナイド薬</del>)</p> <p>糖尿病治療薬 (配合剤は、含まれる薬効成分の全てにチェック)  <input type="checkbox"/> スルホニル尿素(SU)薬 <input checked="" type="checkbox"/> ビグアナイド薬 <input type="checkbox"/> αグルコシダーゼ阻害薬  <input type="checkbox"/> チアゾリジン薬 <input type="checkbox"/> 速効性インスリン分泌促進薬(グリニド薬)  <input type="checkbox"/> DPP-4阻害薬 <input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬 <input type="checkbox"/> インスリン製剤  <input type="checkbox"/> GLP-1受容体作動薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬の処方なし</p> <p>降圧薬  <input checked="" type="checkbox"/> アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB) <input type="checkbox"/> ACE阻害薬  <input type="checkbox"/> カルシウム拮抗薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> その他の降圧薬</p> <p>脂質異常症治療薬  <input checked="" type="checkbox"/> HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン系) <input type="checkbox"/> その他</p>		

その他	要介護度	<input type="checkbox"/> 介護保険対象外(40歳未満) <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 自立(非該当) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 不明
	他者の介助を必要とする低血糖の発生	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	転倒による骨折の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	糖尿病連携手帳の使用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	糖尿病に関する貴院以外の受診状況(併診)	<input type="checkbox"/> 受診なし <input type="checkbox"/> 受診あり ( <input type="checkbox"/> 糖尿病専門医を受診 <input type="checkbox"/> 腎臓専門医を受診 <input type="checkbox"/> その他を受診 ) <input type="checkbox"/> 不明
	定期的な健診の受診の有無(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 一般の健診(人間ドック含む) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明
	特定保健指導の有無	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 不明

※糖尿病性腎症病期分類(糖尿病性腎症合同委員会)

第1期: 正常アルブミン尿(30mg/gCr未満)かつGFR30以上  
 第2期: 微量アルブミン尿(30-299mg/gCr)かつGFR30以上  
 第3期: 顕性アルブミン尿(300mg/gCr以上)あるいは持続性蛋白尿(0.5g/gCr以上)かつGFR30以上  
 第4期: 尿蛋白の状態に関わらずGFR30未満  
 第5期: 透析療法中

\* 微量アルブミン尿や蛋白尿などの評価がされていない場合、および評価されているが詳細が分からない場合は「未評価・不明」にチェック