

症 例 登 録 票

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
20190123

施設整理番号

(必須) 項目については必ずご記入ください

基本情報 (必須)	登録番号		同意の取得	<input type="checkbox"/> あり
	診療日 (要更新)	西暦 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 月 日		
	年齢	() 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	身長	() cm	体重 (要更新)	() kg

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 type="checkbox"/> 15年以上		
	糖尿病の家族歴 (2親等以内)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり (本/日 ・ 年数 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり		
	飲酒頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に4~6日 <input 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 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 type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	運動療法の指導

他科・合併症	歯科定期受診 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	歯周病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	眼科定期受診 (年1回以上)	<input 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	糖尿病性腎症病期分類 <small>※ 詳細は裏面を参照</small>	<input type="checkbox"/> 無または第1期 <input 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"/> 未評価・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 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 足病変: <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 壊疽 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 切断) <input 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	脳卒中の診断	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 初回登録又は前回登録時以降 変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時以降 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) <input type="checkbox"/>不明</small> <input 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"/> 初回登録又は前回登録時以降 変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時以降 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 () <input type="checkbox"/>不明</small> <input 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"/> 初回登録又は前回登録時以降 変化なし <input type="checkbox"/> 前回登録時以降 変化 (新規イベント) あり) <small>※ありの場合: 診断名 <input type="checkbox"/>心筋梗塞 <input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>不明</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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

血圧 検査 処方薬	収縮期血圧（必須）	（ ） mm Hg	拡張期血圧（必須）	（ ） mm Hg	
	血糖値	□ 空腹時：（ ） mg/dl / □ 随時：（ ） mg/dl			
	HbA1c（NGSP 値） （必須）	（ ） %	総コレステロール	（ ） mg/dl	
	中性脂肪	（ ） mg/dl	HDL コレステロール	（ ） mg/dl	
	ALT	（ ） IU/L	LDL コレステロール	（ ） mg/dl	
	尿蛋白	□－ □± □＋ □2＋ □3＋以上 □未評価・不明	血清クレアチニン	（ ） mg/dl	
	尿酸値	（ ） mg/dl	尿アルブミン/クレアチニン比	（ ） mg/gCr	
	ケトン体	□－ □＋ □2＋ □3＋以上 □未評価・不明			
	処方薬	前回登録からの変更の有無（2回目以降の登録の場合のみ）	□前回登録以降変更なし □前回登録以降変更あり		
		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）	□スルホニル尿素（SU）薬 □チアゾリジン薬 □DPP-4 阻害薬 □GLP-1 受容体作動薬	□ピグアナイド薬 □速効性インスリン分泌促進薬（グリニド薬） □SGLT2 阻害薬 □その他	□αグルコシダーゼ阻害薬 □インスリン製剤 □糖尿病治療薬の処方なし
降圧薬		□アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB） □カルシウム拮抗薬	□ACE 阻害薬 □利尿薬 □β遮断薬	□その他の降圧薬	
脂質異常症治療薬		□HMG-CoA 還元酵素阻害薬（スタチン系） □その他			

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