

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.1.1

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 <input type="checkbox"/> 不明
	診療日	西暦 20□□年 月 日		
	年齢	() 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	身長	() cm	体重	() kg

特性	糖尿病の診断年齢	<input type="checkbox"/> 10歳代未満 <input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳代以上 <input type="checkbox"/> 不明			
	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度 <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~ *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)			
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	<input 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 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		
	糖尿病腎症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ※ありの場合: ステージ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期 <input type="checkbox"/> 5期 ※ステージ5期の場合: 人工透析の導入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	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) ※ありの場合: 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 <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) ※ありの場合: 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"/> 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) ※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() ※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() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

血圧 検査 処方薬	収縮期血圧 (必須)	() mmHg	拡張期血圧 (必須)	() mmHg	
	血糖値	<input type="checkbox"/> 空腹時: () mg/dl / <input type="checkbox"/> 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	血清クレアチニン	() mg/dl	
	尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上	尿アルブミン/クレアチニン	() gCr	
	処方薬	糖尿病治療薬	<input type="checkbox"/> スルホニル尿素(SU)薬 <input type="checkbox"/> ピグアナイド薬 <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(グリノド薬) <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"/> なし		
		降圧薬	<input 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		
処方薬	<input type="checkbox"/> HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン系) <input type="checkbox"/> その他				

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 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 type="checkbox"/> なし		
	糖尿病連携手帳の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	外来受診が途切れた場合の理由	<input type="checkbox"/> 転医・転居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明		