

汎発性血管内血液凝固（DIC）臨床調査個人票

新規 更新

ふりがな 氏名			性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒 _____ Tel _____				出生都道府県		発病時の職業	
発病年月	年 月	初 診 年月日	年 月 日		保 険 種 別	政・組・共・国・他（ ）		
I 基礎疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	基礎疾患名 _____						
II 臨床症状	1. 出血症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 紫斑	<input type="checkbox"/> 性器出血	<input type="checkbox"/> 頭蓋内出血			
			<input type="checkbox"/> 注射部位からの異常出血	<input type="checkbox"/> 血尿	<input type="checkbox"/> 血痰			
II 臨床症状	2. 臓器症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 下血	<input type="checkbox"/> 鼻出血	<input type="checkbox"/> その他	()		
			<input type="checkbox"/> 無尿、乏尿	<input type="checkbox"/> 精神神経症状	<input type="checkbox"/> 四肢末端壊死			
III 検査成績	1. 血清FDP値(μg/ml) (測定____年____月____日)		<input type="checkbox"/> 40 ≤	単位が異なる場合				
			<input type="checkbox"/> 20 ≤ < 40	施設の正常値 _____				
			<input type="checkbox"/> 10 ≤ < 20	検査結果 _____				
			<input type="checkbox"/> < 10					
III 検査成績	2. 血小板数 (×10 ³ /μl) (測定____年____月____日)		<input type="checkbox"/> 50 ≥					
			<input type="checkbox"/> 80 ≥ > 50					
			<input type="checkbox"/> 120 ≥ > 80					
			<input type="checkbox"/> > 120					
III 検査成績	3. 血漿フィブリノーゲン濃度 (mg/dl) (測定____年____月____日)		<input type="checkbox"/> 100 ≥					
			<input type="checkbox"/> 150 ≥ > 100					
			<input type="checkbox"/> > 150					
	4. プロトロンビン時間 時間比(正常対象値で割った値) (測定____年____月____日)		<input type="checkbox"/> 1.67 ≤					
IV 補助的検査成績、 所見診断			<input type="checkbox"/> 可溶性フィブリンモノマー陽性					
			<input type="checkbox"/> D-Dダイマーの高値					
			<input type="checkbox"/> トロンビン-アンチトロンビン複合体の高値					
			<input type="checkbox"/> プラスミン-α2プラスミンインヒビター複合体の高値					
その他の 所見及び 合併症			<input type="checkbox"/> 病態の進展に伴う血小板あるいはフィブリノーゲンの減少傾向ないしFDPの急激な増加傾向の出現					
			<input type="checkbox"/> 抗凝固療法による改善					

人工呼吸器 (使用者のみ 詳細記入)	使用の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	開始時期 西暦 年 月 離脱の見込み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	種類 <input type="checkbox"/> 気管切開口を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
	施行状況 <input type="checkbox"/> 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 一日中施行 <input type="checkbox"/> 現在は未使用

生 活 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度の介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度の介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
医師の意見		所属施設名 _____ 所在地 _____ (TEL ()) 記載年月日： 年 月 日 主治医氏名 _____ 印				

上記中 については、更新時における検査項目・判定項目から削除して差し支えないものとする。