

(注意) : 複数選択: 単一選択

文字列入力()

数字入力[]

凡例 入力項目分類 (数字は入力の優先順位)

1. 毎回入力項目 : 2重括弧 (毎回入力をしていただく項目)
2. 変更のみ入力項目 : 1重括弧 (前回からのデータ変更及びデータ追加があれば入力していただく項目)
3. 1回のみ項目 : 括弧なし (1回のみ入力すればよい項目)

日付項目

「不明」にチェックする場合 : プロジェクト開始以前のため、カルテ等で避れない場合のみにして下さい。
 年月のみ判明している場合 : 年月は判明している情報を、日は「不明」を入力して下さい。

追加

1回の入力でシートを追加して入力可能

前回の内容をコピー

前回調査の入力をコピーして入力可能

(疾患) 閉塞性動脈硬化症 (ASO)

疾患の定義

診察、四肢血圧、画像診断等により動脈硬化による末梢動脈の狭窄・閉塞があり、四肢末梢に循環障害(虚血)がある。

または、すでに閉塞性動脈硬化症と診断され、薬物治療等が行われている。

末梢閉塞性動脈疾患の治療ガイドライン 2009 年を参照

診断日 []年 []月 []日 不明

診断時の ABI

右	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
	[]	[]	
左	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
	[]	[]	

(注 : ABI とは、安静時の足関節収縮期血圧/上腕収縮期血圧で示される値であり、ABI が 0.9 未満の場合、動脈閉塞が疑われる)

診断時 Fontaine 分類

I

IIa

IIb

III

IV

不明

診断方法 あり 不明

- 動脈の触診
- ABI
- 血管超音波検査
- 血管造影
- CT 血管造影
- MR 血管造影
- その他

登録時の所見

患肢	<input type="radio"/> 右	<input type="radio"/> 左	<input type="radio"/> 両側	<input type="radio"/> 不明
運動時の疼痛誘発	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明	
間歇性跛行	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明	
		最大歩行距離 []m	<input type="checkbox"/> 不明	
安静時疼痛	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明	
皮膚潰瘍	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明	
壊疽	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明	

現在の ABI (Ankle Brachial Index)

ABI	右	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
		[]	[]	
	左	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
		[]	[]	

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

追加

治療	○ 実施		○ 未実施		○ 不明	
	PTA		○ 実施		○ 不明	
	○ 未実施		○ 不明			
	<input type="checkbox"/>	腹部大動脈(Leriche 症候群)	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	腸骨動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	大腿動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	膝窩動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	下腿3分岐以遠	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	鎖骨下動脈(含 腕頭動脈)	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	その他()	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	ステント		○ 実施		○ 不明	
	○ 未実施		○ 不明			
	<input type="checkbox"/>	腹部大動脈(Leriche 症候群)	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	腸骨動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	大腿動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	膝窩動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	下腿3分岐以遠	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
			<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左	
	<input type="checkbox"/>	鎖骨下動脈(含 腕頭動脈)	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明	
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	その他()	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
アテレクトミー		○ 実施		○ 不明		
○ 未実施		○ 不明				
<input type="checkbox"/>	腹部大動脈(Leriche 症候群)	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	腸骨動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	大腿動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	膝窩動脈	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	下腿3分岐以遠	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	鎖骨下動脈(含 腕頭動脈)	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		
<input type="checkbox"/>	その他()	実施日[]年 []月 []日	<input type="checkbox"/>	不明		
		<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	左		

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

外科手術	○ 実施	○ 未実施	○ 不明
<input type="checkbox"/> 腹部大動脈(Leriche 症候群)	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 腸骨動脈	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 大腿動脈	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 膝窩動脈	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 下腿3分岐以遠	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 鎖骨下動脈(含 腕頭動脈)	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> その他()	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
その他	○ 実施	○ 未実施	
()			
<input type="checkbox"/> 腹部大動脈(Leriche 症候群)	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 腸骨動脈	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 大腿動脈	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 膝窩動脈	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 下腿3分岐以遠	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 鎖骨下動脈(含 腕頭動脈)	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> その他()	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 右	実施日[]年 []月 []日 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 不明