

(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、カルテ等で遡れない場合のみして下さい。  
 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) 肝硬変**

疾患の定義

組織学的に診断されていること、あるいは血液検査・画像検査・臨床症状から総合的に診断されていること。  
 または、すでに肝硬変と診断され、薬物治療等が行われている。

診断日 [ ]年 [ ]月 [ ]日  不明

原因

- あり  不明
- HCV (注:HCVありの場合、C型慢性肝炎に登録してください。)
  - HBV (注:HBVありの場合、B型慢性肝炎に登録してください。)
  - 自己免疫性肝炎(AIH)
  - 原発性胆汁性肝硬変(PBC)
  - アルコール
  - 非アルコール性脂肪肝(NASH)
  - ヘモクロマトーシス(Hemochromatosis)
  - ウィルソン病(Wilson)
  - その他 ( )

前回の内容をコピー

自覚症状

- あり  なし  不明
- 黄疸
  - 肝性脳症
    - 0  I  II  III  IV  V
  - 腹水
    - なし  軽度  中等度  不明
  - 浮腫
  - 手掌紅斑、クモ状血管腫
  - 女性化乳房
  - その他 ( )

Child分類

- A 5~6点  B 7~9点  C 10~15点  不明

Child-Pugh分類

	1点	2点	3点
脳 症	ない	軽度	時々昏睡
腹 水	ない	少量	中等量
血清ビリルビン値(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
血清アルブミン値(g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満
プロトロンビン活性値(%)	80超	50~80	50未満

各項目のポイントを合計

合計点	Child-Pugh分類
5~6点	A
7~9点	B
10~15点	C

合併症

- 肝細胞がん  あり  なし  不明  
 (注:ありの場合、肝がんに登録してください。)

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

食道静脈瘤	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
診断日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
内視鏡所見			
Location	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
		<input type="checkbox"/> Ls	<input type="checkbox"/> Lm <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Lg
Form	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
		<input type="checkbox"/> F0	<input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3
Color	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
		<input type="checkbox"/> Cw	<input type="checkbox"/> Cb
治療	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
EIS・EVL(内視鏡的静脈瘤硬化療法・内視鏡的静脈瘤結紮法)	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
施行年月日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
効果	<input type="radio"/> 効果あり	<input type="radio"/> 効果あり再発	<input type="radio"/> 効果なし <input type="radio"/> 不明
IVR(インターベンショナル・ラジオロジー)	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
施行年月日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
効果	<input type="radio"/> 効果あり	<input type="radio"/> 効果あり再発	<input type="radio"/> 効果なし <input type="radio"/> 不明
手術	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
施行年月日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
術式	( )		
効果	<input type="radio"/> 効果あり	<input type="radio"/> 効果あり再発	<input type="radio"/> 効果なし <input type="radio"/> 不明
胃静脈瘤	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
診断日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
治療	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
EIS・EVL(内視鏡的静脈瘤硬化療法・内視鏡的静脈瘤結紮法)	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
施行年月日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
効果	<input type="radio"/> 効果あり	<input type="radio"/> 効果あり再発	<input type="radio"/> 効果なし <input type="radio"/> 不明
IVR(インターベンショナル・ラジオロジー)	<input type="radio"/> 実施	<input type="radio"/> 未実施	<input type="radio"/> 不明
施行年月日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
効果	<input type="radio"/> 効果あり	<input type="radio"/> 効果あり再発	<input type="radio"/> 効果なし <input type="radio"/> 不明
消化管出血	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
診断日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
SBP(特発性細菌性腹膜炎)	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
診断日	[ ]年 [ ]月 [ ]日	<input type="checkbox"/> 不明	
糖尿病	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
	(注:糖尿病ありの場合、糖尿病に登録してください。)		
腎障害	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
自己免疫性疾患	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
疾患名	( )		
その他	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
ありの場合	( )		