

# 【基本情報】★基本情報

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

## 基本情報

### 基本情報

生年 ( ) 年

初回

性別  
 男  
 女  
 未入力

年齢 ※ 調査実施日と生年から計算

調査実施日 ( )年 ( )月 ( )日  
 ※ 調査を行った日。入力日ではない。

経年

### 現症

経年

身長 ( ) cm  
 体重 ( ) kg  
 収縮期血圧 ( ) mmHg  
 拡張期血圧 ( ) mmHg

### 喫煙歴

なし  あり  不明  未入力

初回

現在の状況  
 喫煙  
 喫煙年数 ( ) 年  
 1日の平均本数 ( ) 本  
 禁煙  
 禁煙時期 ( ) 歳から  
 過去の喫煙年数 ( ) 年  
 1日の平均本数 ( ) 本  
 未入力

### 飲酒歴

なし  あり  不明  未入力

初回

現在の状況  
 飲酒  
 合計アルコール摂取量  
 ( ) g/日  
 ( ) g/週  
 禁酒  
 禁酒時期 ( ) 歳から  
 未入力

### 食生活

詳細  不明  未入力  
 「詳細」の場合に現在の状況を記入  
 食生活 左の表記のとき、以下のいずれかを選択  
 ほぼ毎日  
 週3-4日  
 週1-2日  
 ほとんど食べない  
 未入力

初回

- 牛乳 ▼ 食生活
- チーズ ▼ 食生活
- ヨーグルト ▼ 食生活
- 小魚 ▼ 食生活
- 緑黄色野菜 ▼ 食生活
- 豆腐 ▼ 食生活
- 納豆 ▼ 食生活
- 肉 ▼ 食生活
- 魚 ▼ 食生活
- コーヒー ▼ 食生活
- お茶 ▼ 食生活

# 【基本情報】★基本情報

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

初回

運動(現時点) ○ 詳細 ○ 不明 ○ 未入力

「詳細」の場合に現在の状況を記入

- 買い物などの外出
- 毎日30分以上
  - 毎日30分未満
  - 週3-4回30分以上
  - 週3-4回30分未満
  - 週1-2回30分以上
  - 週1-2回30分未満
  - していない
  - 未入力

- 散歩
- 毎日30分以上
  - 毎日30分未満
  - 週3-4回30分以上
  - 週3-4回30分未満
  - 週1-2回30分以上
  - 週1-2回30分未満
  - していない
  - 未入力

- 体操
- 毎日15分以上
  - 毎日15分未満
  - 週3-4回15分以上
  - 週3-4回15分未満
  - 週1-2回15分以上
  - 週1-2回15分未満
  - していない
  - 未入力

- スポーツ
- 毎日30分以上
  - 毎日30分未満
  - 週3-4回30分以上
  - 週3-4回30分未満
  - 週1-2回30分以上
  - 週1-2回30分未満
  - していない
  - 未入力

# 【基本情報】★登録疾患

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

## 登録疾患

登録疾患	対象の検査シート	経年調査実施日毎
悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸・直腸癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> 胆嚢・胆管癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 造血器腫瘍	共通 治療-腫瘍共通	
神経 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> てんかん	共通	
呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 間質性肺炎・肺線維症	共通、呼吸器	
循環器 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不安定狭心症 <input type="checkbox"/> 安定狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症(ASO)	共通、循環器	
肝胆膵 <input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変	共通	
腎・泌尿器 <input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 尿路結石症	共通	
代謝 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症	共通、骨粗鬆症 共通 共通	
内分泌 <input type="checkbox"/> バセドウ病	共通、内分泌	
膠原病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ	共通、膠原病	
アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症	共通、アレルギー	
皮膚科 <input type="checkbox"/> 過敏性症候群(薬疹) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ケロイド	共通	
婦人科 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症	共通、婦人科	
小児科 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん	共通	
眼科 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障	共通	
口腔 <input type="checkbox"/> 歯周病	共通、口腔・歯	
ALS <input type="checkbox"/> ALS (筋萎縮性側索硬化症)	共通	

# 【基本情報】★既往歴

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

## 基本情報

既往歴 ○ なし ○ あり ○ 未入力 経年累計

既往歴が「あり」の場合に詳細を入力

悪性腫瘍 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 肺癌
  - 食道癌
  - 胃癌
  - 大腸・直腸癌
  - 肝癌
  - 膵癌
  - 胆嚢・胆管癌
  - 前立腺癌
  - 乳癌
  - 子宮頸癌
  - 子宮体癌
  - 卵巣癌
  - 悪性リンパ腫
  - 咽頭・喉頭癌
  - 甲状腺癌
  - 骨腫瘍
  - 子宮癌
  - 腎臓癌
  - 精巣腫瘍
  - 皮膚癌
  - 膀胱癌
  - 家族性大腸腺腫症
  - ボイツ・イエガー(Peutz-Jeghers)症候群
  - その他

感染症 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 重症感染症
  - 免疫不全・日和見感染
  - その他

神経 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- てんかん
  - 脳梗塞
  - 脳動脈瘤
  - 脳内出血
  - くも膜下出血
  - 非破裂性脳動脈瘤
  - 多発性神経炎
  - 末梢神経障害
  - パーキンソン症候群
  - パーキンソン病
  - その他

呼吸器 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
  - 肺結核
  - 気管支喘息
  - じん肺
  - 間質性肺炎
  - 胸膜炎
  - 肺炎
  - 肺線維症
  - 非結核性抗酸菌症
  - その他

# 【基本情報】★既往歴

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

循環器 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 心筋梗塞
  - 不安定狭心症
  - 安定狭心症
  - 不整脈(心室不整脈)
  - 不整脈(心房粗細動)
  - 不整脈(詳細不明)
  - 心不全
  - 弁膜症
  - 拡張型心筋症
  - 肥大型心筋症
  - 心筋炎
  - 心膜炎
  - 本態性高血圧
  - 大動脈瘤
  - 閉塞性動脈硬化症(ASO)
  - その他

肝・胆・膵 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- B型肝炎
  - C型肝炎
  - 肝硬変
  - 胆のう炎
  - 胆石
  - 急性膵炎
  - 慢性膵炎
  - その他

消化器 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 胃潰瘍
  - 十二指腸潰瘍
  - 潰瘍性大腸炎
  - クロウン病
  - その他

腎・泌尿器 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- ネフローゼ症候群
  - 急性糸球体腎炎
  - 急性腎不全
  - 慢性糸球体腎炎
  - 慢性腎不全
  - 嚢胞腎
  - 腎結石
  - 尿管結石
  - 神経因性膀胱
  - 膀胱尿管逆流現象
  - 前立腺肥大
  - その他

血液 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 鉄欠乏性貧血
  - 再生不良性貧血
  - 特発性血小板減少性紫斑病
  - 急性骨髄性白血病
  - 急性リンパ性白血病
  - 慢性骨髄性白血病
  - 慢性リンパ性白血病
  - 多発性骨髄腫
  - その他

# 【基本情報】★既往歴

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

代謝 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 1型糖尿病
  - 2型糖尿病
  - MODY
  - ミトコンドリア糖尿病
  - 病型不明の糖尿病
  - 高脂血症
  - 骨粗鬆症
  - 高尿酸血症・痛風
  - アミロイドーシス
  - その他

内分泌 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- バセドウ病
  - 橋本病
  - 甲状腺機能低下症
  - 甲状腺機能亢進症
  - 甲状腺腫
  - 褐色細胞腫
  - 末端肥大症
  - クッシング症候群
  - クッシング病
  - その他

膠原病 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 関節リウマチ
  - 若年性関節リウマチ(JRA)
  - 悪性関節リウマチ(MRA)
  - 全身性エリテマトーデス(SLE)
  - シェーグレン(Sjogren) 症候群
  - 進行性全身性硬化症(PSS)
  - 多発性筋炎(PM)
  - 皮膚筋炎(DM)
  - その他

アレルギー ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 花粉症
  - アレルギー性結膜炎
  - アレルギー性鼻炎
  - 春季カタル
  - 食物アレルギー
  - その他

皮膚科 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- アトピー性皮膚炎
  - ケロイド
  - 薬疹(中毒性表皮壊死症:TEN)
  - 薬疹(Stevens-Johnson症候群:SJS)
  - 薬疹(その他)
  - 蕁麻疹
  - その他

婦人科 ○ なし ○ あり ○ 不明 ○ 未入力

- ↓
- 子宮内膜症
  - 子宮筋腫
  - 乳腺症
  - 卵巣のう腫
  - その他

# 【基本情報】★既往歴

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

小児科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 精神発達遅滞 <input type="checkbox"/> 運動発達遅滞 <input type="checkbox"/> 奇形 <input type="checkbox"/> 乳幼児期気道感染 <input type="checkbox"/> 乳幼児期低栄養 <input type="checkbox"/> 周産期異常 <input type="checkbox"/> 注意欠陥・多動性障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
眼科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 網膜剥離 <input type="checkbox"/> 上強膜炎 <input type="checkbox"/> 虹彩炎 <input type="checkbox"/> 網膜色素変性症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
耳鼻科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> メニエル病 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
口腔・歯	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
整形外科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 圧迫骨折 <input type="checkbox"/> 手根管症候群 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
治療・薬物依存	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> ステロイド使用歴 <input type="checkbox"/> 血漿交換療法 <input type="checkbox"/> 免疫吸着療法 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 鍼治療 <input type="checkbox"/> 薬物依存 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
外傷	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 入れ墨 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力
その他	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力





# 【基本情報】★家族歴

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

循環器	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈(心室不整脈) <input type="checkbox"/> 不整脈(心房粗細動) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 突然死 <input type="checkbox"/> 末梢血管障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
肝・胆・膵	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
消化器	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クローム病 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
腎・泌尿器	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 蛋白尿 <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
代謝	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
内分泌	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> バセドウ病 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
膠原病	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
アレルギー	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
皮膚科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ケロイド <input type="checkbox"/> 薬疹 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄

# 【基本情報】★家族歴

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

父選択不可  
父選択不可  
父選択不可

婦人科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
小児科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
眼科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄 ▼ 続柄
耳鼻科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
口腔・歯	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
整形外科	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
治療・薬物依存	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 薬物依存 <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄 ▼ 続柄
その他	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> その他	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力 ▼ 続柄