

シャーガス病の最適な検査法の確立と
国内患者の臨床的特徴に関する前向き臨床研究

症例調査書

施設名・科名	
担当医師名	
患者記号*	

*検査結果と患者さんを識別するための記号になります(患者名、ID は記入しないで下さい)。
任意の記号を設定し、カルテにも記入しておいてください。検査結果は患者記号に紐付けし、
後日ご報告をいたします。

記載日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

患者背景

身長	cm	体重	kg	入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
生年月日	年 月 日 (歳)		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
出生地(国名)	()国 ()州			国籍	(国名;) 日系人・非日系人
渡航歴					
同意取得日	年 月 日	提出検体	<input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 血漿 <input type="checkbox"/> 血清		
臨床診断名			診断日	年 月 日	

合併症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	疾患名	発症年月	治療の有無
		年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		年 月	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	疾患名	罹病期間
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月
		年 月 ~ 年 月

主訴	
現病歴	
治療内容 および 治療後経過 (治療を実施し た場合のみ)	

血液・尿検査結果等（検査日 年 月 日）

血圧	/
脈拍	
NYHA分類 (いずれかに○)	I・II・III・ IV・V

血液学的検査	白血球数	10 ² /μL	
	赤血球数	10 ⁴ /μL	
	ヘモグロビン	g/dL	
	ヘマトクリット	%	
	血小板	10 ⁴ /μL	

尿検査	尿糖		
	尿蛋白		
	尿潜血		

生化学検査	AST	U/L	
	ALT	U/L	
	BUN	mg/dL	
	クレアチニン	mg/dL	
	尿酸	mg/dL	
	CK	U/L	
	血糖	mg/dL	
	T-CHO	mg/dL	
	TG	mg/dL	
	HDL-C	mg/dL	
	LDL-C	mg/dL	
	K	mmol/L	
	Cl	mmol/L	
Na	mmol/L		
BNP	pg/dL		

心エコー検査（検査日 年 月 日）

LVDd		mm
LVDs		mm
EF		%
E/A		
DcT		msec

心電図（検査日 年 月 日）

脈拍	
異常の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
異常所見	

胸部レントゲン (検査日 年 月 日)

CTR	%
異常の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
異常所見	

腹部レントゲン (検査日 年 月 日)

異常の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
巨大結腸の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
異常所見	

内服薬 有 無

No.	薬剤(療法)名	用法・用量
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		