

# 96 クロウン病

P10

## 重症度分類に関する事項

算定日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
クローン病 IOIBD スコア	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	*下記の項目で該当するものを各1点とした合計点								
<input type="checkbox"/> 1. 腹痛	<input type="checkbox"/> 2. 1日6回以上の下痢あるいは粘血便	<input type="checkbox"/> 3. 肛門部病変										
<input type="checkbox"/> 5. その他の合併症 (ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状(結節性紅斑、壞疽性膿皮症)、												
<input type="checkbox"/> 6. 腹部腫瘍	<input type="checkbox"/> 7. 体重減少	<input type="checkbox"/> 8. 38℃以上の発熱	<input type="checkbox"/> 9. 腹部圧痛									
<input type="checkbox"/> 10. ヘモグロビン 10g/dL 以下												

P3

主症状(更新は過去6か月間の最重症時)												
年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
軟便・下痢回数	<input type="checkbox"/> 1. 6回/日以上	<input type="checkbox"/> 2. 5回/日	<input type="checkbox"/> 3. 4回/日以下	<input type="checkbox"/> 4. 不明								
腹部自覚痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	肛門病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし							

重症度の算定日、主症状の年月日、検査所見の検査日が記載年月日から直近6か月以上前の日付あるいは未来の日付であることが非常に多いです。

いずれの項目も、重症度分類に関連する項目ですので、記載年月日から遡って直近6か月以内の所見を記載してください。

主症状と検査所見の日付は重症度の算定日以前の日付を記載してください。

検査所見の検査日・主症状の年月日 ≤ 重症度の算定日

P4

## B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

血液検査(更新時は過去6か月間の最重症時の状態を記載)

検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施											
	検査日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
白血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ $\mu$ L	総蛋白	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4/\mu$ L	アルブミン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	総コレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
血小板	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4/\mu$ L	CRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
赤沈(1時間)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm/hr						

# 96 クロウン病②

P2

外科的治療	
申請までに 行った 治療	<input checked="" type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし 腸管切除 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回 肛門部手術回数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回
手術理由	<input type="checkbox"/> 1.腸管狭窄、閉塞 <input type="checkbox"/> 2.腸管瘻孔（内瘻） <input type="checkbox"/> 3.腸管瘻孔（外瘻） <input type="checkbox"/> 4.膿瘍（腹腔内、後腹膜） <input type="checkbox"/> 5.腸管出血 <input type="checkbox"/> 6.腸管穿孔 <input type="checkbox"/> 7.癌・dysplasia <input type="checkbox"/> 8.内科的治療無効（腸管病変） <input type="checkbox"/> 9.内科的治療無効（肛門病変） <input type="checkbox"/> 10.その他 癌・dysplasia の場合 部位 <input type="text"/> その他の場合 <input type="text"/>
手術日・術式	手術日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 術式 <input type="checkbox"/> 1.小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2.回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3.結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4.大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5.直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6.狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7.吻合部切除術 <input checked="" type="checkbox"/> 8.人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9.肛門手術 <input type="checkbox"/> 10.その他 <input type="checkbox"/> 11.詳細不明
	手術日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 術式 <input type="checkbox"/> 1.小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2.回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3.結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4.大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5.直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6.狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7.吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8.人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9.肛門手術 <input type="checkbox"/> 10.その他 <input type="checkbox"/> 11.詳細不明
	手術日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 術式 <input type="checkbox"/> 1.小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2.回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3.結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4.大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5.直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6.狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7.吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8.人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9.肛門手術 <input type="checkbox"/> 10.その他 <input type="checkbox"/> 11.詳細不明

P10

## 重症度分類に関する事項

算定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
クローン病 IOIBD スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> 点 *下記の項目で該当するものを各1点とした合計点
<input type="checkbox"/> 1.腹痛 <input type="checkbox"/> 2.1日6回以上の下痢あるいは粘血便 <input type="checkbox"/> 3.肛門部病変 <input type="checkbox"/> 4.瘻孔 <input type="checkbox"/> 5.その他の合併症 （ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状（結節性紅斑、壞疽性膿皮症）、深部静脈血栓症等）	

ストマ造設をされている方は、排便回数の項目は無いものとして判断します。

※ストマ造設後にストマ閉鎖をして現在に至る場合は排便回数も考慮します。

なお、粘血便（回数の有無は問いません）でスコアがカウントできる場合、特記事項にその旨お知らせください。