

## 網 膜 症 調 査 票

(眼科医記入用)

- ・眼科調査票のご記入をお願いいたします。
- ・可能であれば、眼底写真はポラロイドあるいはデジタル画像、両眼正面1枚ずつ添付して下さい。  
(さらに出来れば1眼4方向の撮影をお願いします。中央で判定を行って画像のクオリティのチェックとともに、国際分類に準じたグレーディングをし、海外にも通用する病期分類で判定します。)

フリガナ 患者氏名	生 年 月	昭和	年	月	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

## 5. 網膜症指標

①眼底写真	(可能であれば 両眼1眼ずつ、あるいは1眼4方向の眼底写真)			<input type="checkbox"/> あり(別添)	<input type="checkbox"/> なし
②眼科医所見	実施年月日	20	年	月	日
視力・前眼部所見	右眼		左眼		
	矯正視力	X	D	X	D
	虹彩ルベオーシス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	白内障(視力に影響する程度)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手術済		
眼底所見	単純網膜症	毛細血管瘤・出血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		硬性白斑	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		軟性白斑	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	増殖前網膜症	網膜内細小血管異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		静脈異常(数珠状拡張)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		新生血管	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	増殖網膜症	増殖膜	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		網膜前・硝子体出血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		網膜剥離	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	黄斑病変		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
眼科的処置	網膜光凝固	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 汎網膜 <input type="checkbox"/> 黄斑		
	硝子体手術	<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 黄斑 <input type="checkbox"/> その他		
	その他の内眼手術	術式	術式		

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

# 神 経 障 害 問 診 票

## (患者様記入用)

### 患者様へ

- すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。

### 神経科医様へ

- 患者様に記入内容を確認して下さい。
- 痛覚検査は可能であれば行って下さい。

フリガナ	生	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	年	月	日	月	別	<input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

### 6. 神経障害指標

①神経障害問診票	1. 両足指または両足底部のしびれがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	2. 歩くときに両足底部に何か薄皮が張り付いているような感じがしますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. 両足指または両足底部にチクチク、焼け付く又は突き刺すような痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	4. 両足指や両足底部の感覚が鈍いですか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 触ったり何かが触れると両足の感覚が過敏であったり痛みや不快な感じがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

# 歯周病問診票

## (患者様記入用)

### 歯周病問診票

#### 患者様へ

- すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。

#### 歯科医様へ

- 患者さまに記入内容を確認して下さい。

フリガナ	生年	昭和	年	月	性	<input type="checkbox"/> 男
患者氏名	月				別	<input type="checkbox"/> 女
患者ID	データ採取日	20	年	月	日	

### 7. 歯周病

#### ①歯周病問診票

1. この1年間に歯を抜かれましたか？(自然に歯が抜けたものを含める)

☐ 抜いていない ☐ 抜いた[ 本]

2. 現在、ご自分の歯は何本ありますか？(鏡などを使って数えるか、歯科治療の方は歯科医にお尋ね下さい。取り外しのできる入れ歯は含みませんが、ご自分の歯であれば、治療中あるいは治療後(金属冠など)の歯も含めて数えて下さい。)

[ 本]

3. 歯ぐきが腫れることがありますか？

☐ あり ☐ なし

4. 一日に何回くらい歯みがきをされますか？

☐ 毎日しない ☐ 1日1回 ☐ 1日2回 ☐ 1日3回 ☐ 1日4回以上

5. 歯間部清掃用具(糸ようじ、歯間ブラシなど)をどのくらいの頻度で使用しておられますか？

☐ ほとんど使用しない ☐ 月に1~3回 ☐ 週に1~2回 ☐ 週に3~4回 ☐ 週に5回以上(ほとんど毎日)

6. 歯科の定期的な健診やお手入れは、どの程度の間隔でされていますか？

☐ ほとんどしない ☐ 年に1~2回 ☐ 年に3~5回 ☐ 年に5回以上

※この書類はデータセンターへの送付は必要ありません。症例報告書に転記が終わりましたら、研究担当者のもとで保管下さい。

# 口腔検査報告書

※可能であればオルソパントモ写真を添付して下さい。

施設名			
施設登録番号		中央登録番号	
生年月	昭和	年	月
性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

データ入力は大枠の中について行います

口腔内検査（現在歯数・検査対象から、智歯は除いてください）

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7

☐ 未処置    ☒ 喪失    ☐ 治療済み

現在歯数	歯
未処置歯数	歯
喪失歯数	歯
治療済み歯数	歯

歯周病検査（Ramfjord teethのみ, Rams: J Clin Periodontol, 1993）

Mob O I II III BOP CAL PD MB (7) 6 PD CAL BOP MP	Mob O I II III BOP CAL PD MB (1) 1 MP	Mob O I II III BOP CAL PD MB 4 (5) PD CAL BOP MP
BOP CAL PD ML (5) 4 PD CAL BOP Mob O I II III	BOP CAL PD ML 1 (1) PD CAL BOP Mob O I II III	BOP CAL PD ML 6 (7) PD CAL BOP Mob O I II III

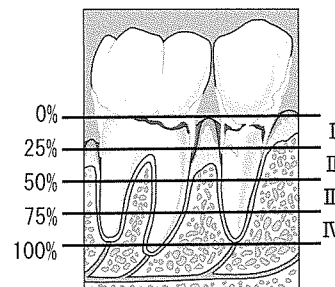
動揺度の分類はMiller (1965)に準じて、該当するものに○をつけて下さい。

BOPはプローブ挿入後30秒以内に出血を認めた部位に+をつけて下さい。

プローブは、CPUNC-15 (Hu-Friedy) の使用を推奨します。検査対象のRamfjord歯が欠損の場合は二重線で消したうえ、かつこの代替歯に○をつけて計測を行って下さい。さらに代替歯も欠損の場合は、代替歯も二重線で消して下さい。

オルソパントモによる歯槽骨吸収所見

骨吸収	D 7 M    D 6 M M 6 D    M 7 D
骨吸収	D 7 M    D 6 M M 6 D    M 7 D



骨吸収の判定は、CEJと根尖を基準として、第一大臼歯の近心・遠心部について、25%未満(I)、25-50%未満(II)、50-75%未満(III)、75%以上(IV)の4段階に分類して下さい。第一大臼歯が欠損の場合は、第二大臼歯の測定を行って下さい。欠損の場合は×と記入して下さい。

# 国際身体活動調査票

## (患者様記入用)

- ・質問票の表紙に書いてある説明をよく読んでから記入を始めて下さい。
- ・あまり考え込まずに、第一印象でお答え下さい。
- ・すべての質問にお答え下さい。一部だけに答えたり、記入もれがあったりすると正しい答えを出すことができません。
- ・答えが『ない』の場合は（ ）の中に○をつけて、→矢印の質問へ進んで下さい。

施設名			
施設登録番号		中央登録番号	
生 年 月	昭和	年	月
性 別		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女

データ採取日		200	年	月	日
<p>回答にあたっては以下の点にご注意下さい。</p> <p>◆強い身体活動とは、身体的にきつと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味します。</p> <p>◆中等度の身体活動とは、身体的にやや負荷がかかり、少し息がはずむような活動を意味します。</p> <p>以下の質問では、一回につき少なくとも10分以上続けて行う身体活動についてのみ考えて、お答え下さい。</p>					
1	<p>平均的な1週間では、強い身体活動(重い荷物の運搬、自転車で坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなど)を行う日は何日ありますか？</p> <p>週 ( ) 日</p> <p>ない( ) →質問3へすすむ</p>				
2	<p>強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？</p> <p>1日( )時間 ( )分</p>				
3	<p>平均的な1週間では、中等度の身体活動(軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど)を行う日は何日ありますか？ 歩行やウォーキングは含めないでお答え下さい。</p> <p>週 ( ) 日</p> <p>ない( ) →質問5へすすむ</p>				
4	<p>中等度の身体活動を行う日には、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか？</p> <p>1日( )時間 ( )分</p>				
5	<p>平均的な1週間では、10分以上続けて歩くことは何日ありますか？ ここで、歩くとは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所から場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、すべてを含みます。</p> <p>週 ( ) 日</p> <p>ない( ) →質問8へすすむ</p>				
6	<p>そのような日は、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか？</p> <p>1日( )時間 ( )分</p>				
7	<p>通常どのような速さで歩きますか？あてはまるものに○をつけて下さい。</p> <p>( )かなり呼吸がみだれるような速さ ( )少し息がはずむような速さ ( )ゆったりした速さ</p>				
8	<p>毎日座ったり寝ころんだりして過ごしている時間(工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など)についてです。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝ころんでテレビを見たり、といったすべての時間を含みます。なお睡眠時間は含めないで下さい。平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？</p> <p>1日( )時間 ( )分</p>				
9	<p>休日には、通常、1日合計してどのくらいの時間座ったり寝転んだりして過ごしますか？</p> <p>1日( )時間 ( )分</p>				