

病歴用紙（小児科用）

検体番号

患者氏名： ふりがな _____ 患者 ID： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 （満 歳 カ月） 性別： 男 ・ 女

臨床診断： _____

検体採取部位（筋名）： _____ （ _____ 年 _____ 月 _____ 日施行）

結果送付先 機関名： _____ 科名： _____

住所： 〒

TEL： _____

FAX： _____

主治医氏名： _____ E-mail： _____

（複数名の場合、結果送付時の宛名となる代表者名を最初に記載）

主訴： _____

現病歴： _____

家族歴：血族婚（無・有 _____）

神経筋疾患（無・有 _____）

周産期：母体の異常（無・有 _____）

胎動（正常・微弱）

家系図

新生児期：

出生時体重 _____ kg 身長 _____ cm 在胎 _____ 週

分娩（自然・鉗子・吸引・帝切・その他 _____）

Apgar Score（5分）： _____ 点 仮死（無・有）

異常所見 ☐ 黄疸（軽・中・重） ☐ 呼吸障害 ☐ 痙攣 ☐ 哺乳障害

☐ 啼泣微弱 ☐ その他 _____

発達歴： 追視（ ） 頸定（ ） 独座（ ） 這行（ ）

独立ち（ ） 独歩（ ） 有意語（ ） 二語文（ ）

身体所見： _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 頭囲 _____ cm 胸囲 _____ cm

皮膚： 皮疹（無・有_____）

骨格： 高口蓋（無・有） 斜頸（無・有） 脊柱変形（無・前弯・側弯）

胸郭変形（無・有） 股関節脱臼（無・有）

関節拘縮（無・有_____） 関節過伸展（無・有_____）

小奇形（無・有_____）

脳神経系： 顔面筋罹患（無・有） 頸部筋力低下（無・有） 眼球運動障害（無・有）

その他 _____

筋力： 四肢筋力低下（無・有 近位筋優位・全般性・遠位筋優位）

筋緊張（正常・低下・亢進）

起立異常（無・有_____）

歩行異常（無・有_____）

筋萎縮（無・有_____）

筋肥大（無・有_____）

深部腱反射：（正常・低下・消失・亢進） 感覚系：（正常・異常_____）

小脳症状：（無・有_____） 不随意運動（無・有_____）

知能：（正常・境界・低下） IQ, DQ_____ 痙攣発作：（無・有）

検査所見：

CK_____（正常値 _____） AST_____ ALT_____

LDH_____ ESR_____ CRP_____

乳酸（血中）_____（正常値 _____）（髄液中）_____

ピルビン酸（血中）_____（正常値 _____）（髄液中）_____

各種自己抗体_____

Aerobic exercise test_____

(Ischemic) forearm exercise test_____

筋電図_____

神経伝導検査_____

脳波_____

画像所見（骨格筋）_____

（中枢神経系）_____

髄液所見_____

眼底所見_____ 心電図／心エコー_____

その他_____