

デュシェンヌ型/ベッカー型筋ジストロフィー介護者の健康管理調査票

ID ()

氏名 _____ 様

記入日 西暦:()年 ()月 ()日

年齢 ()歳

身長 ()cm

体重 ()kg

収縮期血圧 ()mmHg

拡張期血圧 ()mmHg

脈拍 ()/分

自覚症状

- 特になし
- 息切れ, 呼吸困難 ()歳時より
- 動悸 ()歳時より
- 胸のしめ付け感 ()歳時より
- 手足や顔がむくむ ()歳時より
- 力が入りにくい ()歳時より
- その他の症状 ()

神経学的診察

・徒手筋力テスト

肩関節外転 (右) 0 1 2 3 4 5(左) 0 1 2 3 4 5肘関節屈曲 (右) 0 1 2 3 4 5(左) 0 1 2 3 4 5股関節屈曲 (右) 0 1 2 3 4 5(左) 0 1 2 3 4 5膝関節屈曲 (右) 0 1 2 3 4 5(左) 0 1 2 3 4 5・Gower's sign 陽性 陰性・腓腹筋の仮性肥大 有 無

その他診察所見(自由記載):

血液検査

血算, TP, Alb, LDL-cho, TG, 空腹時血糖, T-bil, AST, ALT, BUN, Cr, CK, BNP or NT-ProBNP

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

胸部レントゲン 心胸郭比 () (%)

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

心電図

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

呼吸機能検査

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

経胸壁心エコー

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

ホルター心電図

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

骨格筋CT

- 異常なし
- 異常あり → 所見:

その他検査

総合所見・注意事項

*対象者にあわせて必要分のみ検査施行をお願いします。

記入医師署名