

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、眼底写真はボ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	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	

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
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
増殖前網膜症		軟性白斑	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		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
増殖網膜症		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
	硝子体手術		<input type="checkbox"/> 黄斑	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 黄斑
	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。