

慢性偽性腸閉塞(CIPO) 問診票

NRT-() CIPO-NRT-() ※病院記入欄

ご記入日(西暦 年 月 日)

① 慢性偽性腸閉塞(CIPO)と診断されていますか？ (はい・いいえ)

→はいと答えた方：診断されたのはいつですか？(西暦)年()月頃 診断時の年齢()歳

② 指定難病はありますか？(あり・なし) ※CIPO 以外の病気でも難病を持っていれば教えてください。

→ありと答えた方は指定難病の病名を教えてください。(病名：)

③ 身体障害者手帳はお持ちですか？(はい ・ いいえ)

→ お持ちの場合、 何級をお持ちですか？() 級

④ 身体所見(わからない箇所は空欄で結構です)

性別 (男・女) 現在のご年齢 (歳) 生まれた時の西暦 (年)

身長 (cm) 体重 (kg) 腹囲 (cm)

⑤ 初回のお腹の症状が出現した時について教えてください。

辛かった症状の順に3つ()に順位を記入してください。

()お腹の張り ()腹痛 ()下痢 ()便秘 ()嘔吐 ()吐気 ()その他【 】

症状発症時の時期(西暦)年()月頃 発症時の年齢(歳)

症状発症の心あたりはありますか？(あり・なし)

→ありの場合、原因を教えてください。

外科手術(手術名:) ・ 出産 ・ その他()

お腹の症状の初回受診の時期(西暦)年()月頃

もともと慢性偽性腸閉塞(CIPO)発症と関係のある病気をお持ちですか？

強皮症・シェーグレン症候群・甲状腺機能低下症・その他(病名:)

他の病気をお持ちですか？

逆流性食道炎(胃酸が上がってきたり、胸やけのような症状):(あり・なし)

悪性腫瘍(がん):(あり・なし)→ありの場合(病名:)

夜間に目が見えにくいこと(夜盲症)はありますか？:(あり・なし)

皮膚の弱さが気になる(皮膚炎)事がありますか？:(あり・なし)

精神の病気はありますか？:(あり・なし)→ありの場合(病名:)

⑥ これまでで一番辛いお腹の張りの程度はいくつですか？○をつけてください。

張りなし← →人生最大の辛さ

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

⑦ これまでで一番辛いお腹の痛みの程度はいくつですか？○をつけてください。

痛みなし← →人生最大の痛み

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

⑧ 食事について教えてください。

経口摂取は可能ですか？(可・不可)

1日何食、食べていますか？(食)

1回あたり、元気だったときの何%くらい摂取できていますか？(%)

どんなものを食べていますか？()

食べても腹部症状が悪くならない食事はありますか？(あり・なし)

→ありの場合、どんな食事ですか？()

症状が悪くなる食事はありますか？(あり・なし)

→ありの場合、どんな食事ですか？()

経腸栄養剤(ラコールやイノラスなど)は使っていますか？(はい・いいえ)

※経腸栄養剤を使用すると逆に悪くなる方もいます。

→はいと答えた方：いつからですか？(西暦 年 月頃)

経腸栄養剤は有効ですか？(はい・いいえ) →それはなぜですか？()

経腸栄養剤を使用すると逆に悪くなりますか？(はい・いいえ)

成分(エレンタール)成分栄養剤は使っていますか？ (はい・いいえ)

→はいと答えた方：いつからですか？(西暦 年 月頃)

成分栄養剤は有効ですか？(はい・いいえ) →それはなぜですか？()

※成分栄養剤を使用すると逆に悪くなる方もいます。

成分栄養剤を使用すると逆に悪くなりますか？(はい・いいえ)

⑨ お薬について教えてください。

お腹の辛い症状に効果があった薬と効果がなかった薬の名前と理由を記入してください。

種類	効果判定 薬の名前を()に記入してください	理由 理由を()に記入してください
便秘薬	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
消泡剤	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
制酸剤	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
整腸剤	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
漢方	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
疼痛薬	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
ステロイド	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
向精神病薬	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
消化酵素薬	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
下痢止め	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
腸蠕動薬	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()
進薬	効果あり()	効果あり()
	効果なし()	効果なし()

これまで使ったことのある抗生剤を記入してください。()

アレルギーのある抗生剤があれば記入してください。()

お腹の症状に対して使用した抗生剤の効果、服用期間、副作用を教えてください。

抗生剤の名前	服用期間	効果の有・無に○をつけてください	効果ありまたはなしの理由	副作用
		効果あり・効果なし		
		効果あり・効果なし		
		効果あり・効果なし		
		効果あり・効果なし		
		効果あり・効果なし		

⑩ 中心静脈栄養ポート(CV ポート)について

現在、中心静脈栄養ポートを挿入していますか？(はい・いいえ)

過去に中心静脈栄養ポートを使っていましたか？(はい・いいえ)

初めて中心静脈栄養ポートを挿入した時期は、いつですか？(西暦 年 月)

中心静脈栄養ポートによる高カロリー輸液は有効でしたか？(はい・いいえ)

中心静脈栄養ポートの感染や皮膚のかぶれなどトラブルはありましたか？(はい・いいえ)

→はいと答えた方：トラブルの内容、回数、対応(中心静脈栄養ポートの抜去)などを記入してください。

挿入時期/抜去時期	トラブル内容に○をつけてください	対処法に○をつけてください
挿入時期 (年 月 日)	感染 皮膚かぶれ その他()	入院()回 抗生剤使用 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()
挿入時期 (年 月 日)	感染 皮膚かぶれ その他()	入院()回 抗生剤使用 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()
挿入時期 (年 月 日)	感染 皮膚かぶれ その他()	入院()回 抗生剤使用 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()
挿入時期 (年 月 日)	感染 皮膚かぶれ その他()	入院()回 抗生剤使用 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()

⑪ 経胃瘻的空腸瘻(PEG-J)について

現在 PEG-J を挿入していますか？(はい・いいえ)

過去に PEG-J を使っていましたか？(はい・いいえ)

PEG-J による減圧をしていますか？(はい・いいえ) ※減圧とは、液体や空気を抜くこと

間欠的に吸引していますか？(はい・いいえ)

1 日どれくらいの量を吸引していますか？()ml

持続吸引していますか？(はい・いいえ)

1 日どれくらいの量を吸引していますか？()ml

PEG-J が抜けたり、挿入部周囲の皮膚かぶれなどトラブルはありましたか？(はい・いいえ)

→はいと答えた方：トラブルの内容、回数、対応 (PEG-J 抜去)などを記入してください。

挿入時期/抜去時期	トラブル内容に○をつけてください	対処法に○をつけてください
挿入時期 (年 月 日)	皮膚のかゆみ 詰まり その他()	入院()回 外用薬使用(名前:) 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()
挿入時期 (年 月 日)	皮膚のかゆみ 詰まり その他()	入院()回 外用薬使用(名前:) 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()
挿入時期 (年 月 日)	皮膚のかゆみ 詰まり その他()	入院()回 外用薬使用(名前:) 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()
挿入時期 (年 月 日)	皮膚のかゆみ 詰まり その他()	入院()回 外用薬使用(名前:) 抜去(抜去時期: 年 月 日) その他()

⑫ これまでお腹の症状で受診した外来や入院の状況をお尋ねします。

お腹の辛い症状に対して、これまでの定期外来の頻度を教えてください。

毎週 ・ 毎月 ・ 2 か月フォロー ・ 3 ヶ月フォロー ・ その他（ ）

お腹の辛い症状に対して、これまでの予定外の外来受診回数を教えてください。

(わかる範囲で回答ください)

_____ 回 (受診理由: _____)

_____ 回 (受診理由: _____)

_____ 回 (受診理由: _____)

※ 追加がある場合は、自由記載欄に追記してください。

自由記載欄

お腹の辛い症状に対して、予定入院した期間と主な理由を教えてください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から (_____ 日間) (理由: _____)

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から (_____ 日間) (理由: _____)

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から (_____ 日間) (理由: _____)

※ 追加がある場合は、自由記載欄に追記してください。

自由記載欄

お腹の辛い症状に対して救急車を呼んだ日時とその理由について教えてください

年 月 日頃 （理由： ）

年 月 日頃 （理由： ）

年 月 日頃 （理由： ）

※追加がある場合は、自由記載欄に追記してください。

自由記載欄

・お腹の辛い症状に対して、緊急入院した期間、主な理由を教えてください。

年 月 日頃から （ 日間） （理由： ）

年 月 日頃から （ 日間） （理由： ）

年 月 日頃から （ 日間） （理由： ）

※追加がある場合は、の自由記載欄に追記してください。

自由記載欄

⑬ その他 気になる事を自由に記載してください。