

名前	当院 ID	記入日 20	年	月	日	PROMISE-ID
呼吸器症状から判断したILDの発症形式	<input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 亜急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 無症状 急性; 1ヶ月以内の経過、亜急性; 1-3ヶ月の経過、慢性; 3ヶ月以上					
最適な治療をしても24か月後までに進行すると予測しますか? (主治医団の判断)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
喫煙歴	<input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Ever <input type="checkbox"/> Current 本/日 年間					
間質性肺疾患の家族歴 (2親等以内)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
<b>生活歴</b>						
粉塵曝露	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
粉塵曝露の詳細	<input type="checkbox"/> 金属類 <input type="checkbox"/> ケイ素 <input type="checkbox"/> アスベスト <input type="checkbox"/> 他 ( )					
<b>職業歴</b>						
鳥との濃厚接触歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
羽毛布団使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
ダウンジャケット使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
その他の環境曝露	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
<b>併存症・既往歴</b>						
悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 発症時期 年 月 原発巣 ( )	治療 <input type="checkbox"/> 現在あり <input type="checkbox"/> あったが治療終了 <input type="checkbox"/> なし 根治※ <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しない ※5年以上再発がないこと 内容 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学放射線療法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 (自由記載 )					
膠原病・自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 発症時期 年 月 疾患 ( )	治療 <input type="checkbox"/> 現在あり <input type="checkbox"/> あったが治療終了 <input type="checkbox"/> なし 治療内容 ( )					
虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	発症時期 年 月					
心不全 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	発症時期 年 月					
上記に書ききれないものを記載 (例、二つ目の悪性腫瘍や二つ目の自己免疫疾患など)						
<b>症状・所見</b>						
PS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	膠原病科また経験のある内科医/皮膚科医の診察の有無					
過去にILDを指摘された場合、その時点と比較して (主治医判断)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
呼吸器症状の悪化 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	多発関節腫脹		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
HRCTで線維性変化の範囲が10%以上悪化 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	近位筋力低下		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
咳嗽 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	頬部・蝶形紅斑		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
多発関節痛 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ヘリオトロープ疹		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
朝のこわばり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ゴットロン徴候・丘疹		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
筋痛 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	メカニクスハンド		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
眼乾燥症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手指硬化		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔乾燥症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	指尖部潰瘍・陥凹性癬痕		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
末梢のしびれ・感覚低下 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	レイノー症状		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
羞明 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ばち指		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
mMRC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明	Fine crackles		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			