

以下は症例の”新規登録”（症例番号の発行）に必要な情報です。ご確認の上、EDC システムへご入力をお願い致します。

名前	当院 ID	記入日 20	年	月	日	PROMISE-ID
基本情報						
生年月日			_____年	_____月	_____日	<input type="checkbox"/> 開示不可
同意取得時の年齢				_____歳		※生年月日が開示不可または生年月日の「日」が不明の場合に記入
性別						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> トランスジェンダー
人種						<input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黒人 <input type="checkbox"/> その他
居住地						<input type="checkbox"/> 開示不可
同意取得日			_____年	_____月	_____日	
二次利用についての同意						<input type="checkbox"/> 同意なし ※患者さんがデータの二次利用を拒否された場合に記入
診断情報						
間質性肺疾患指摘日			_____年	_____月	_____日	
間質性肺疾患診断日			_____年	_____月	_____日	
疾患カテゴリー						<input type="checkbox"/> 特発性間質性肺炎 (IIPs) <input type="checkbox"/> 薬剤性肺障害 <input type="checkbox"/> 過敏性肺炎 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎の急性増悪 <input type="checkbox"/> 膠原病関連間質性肺炎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> サルコイドーシス
IIPs_詳細 ※疾患カテゴリー「特発性間質性肺炎 (IIPs)」の場合						<input type="checkbox"/> 特発性肺線維症 (IPF) <input type="checkbox"/> 特発性リンパ球性間質性肺炎 (LIP) <input type="checkbox"/> 特発性非特異性間質性肺炎 (NSIP) <input type="checkbox"/> 特発性 pleuroparenchymal <input type="checkbox"/> 呼吸細気管支炎を伴う間質性肺疾 fibroelastosis (PPFE) 患 (RB-ILD) <input type="checkbox"/> NSIP+OP <input type="checkbox"/> 剥離性間質性肺炎 (DIP) <input type="checkbox"/> 喫煙関連間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 特発性器質性肺炎 (COP) <input type="checkbox"/> 分類不能型 IIPs (Unclassifiable <input type="checkbox"/> 急性間質性肺炎 (AIP) IIPs)
IBiS の登録同意は取得されていますか？ / 取得を検討されていますか？						<input type="checkbox"/> はい ※まだ取得されていない場合は、取得をご検討ください。
過敏性肺炎_詳細 ※疾患カテゴリー「過敏性肺炎」の場合						<input type="checkbox"/> 線維化型過敏性肺炎 <input type="checkbox"/> 非線維化型過敏性肺炎
膠原病関連間質性肺炎_詳細 ※疾患カテゴリー「膠原病関連間質性肺炎」の場合						<input type="checkbox"/> 多発性筋炎 (PM) <input type="checkbox"/> 混合性結合組織病 <input type="checkbox"/> 皮膚筋炎 (DM) <input type="checkbox"/> 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 全身性強皮症 <input type="checkbox"/> 顕微鏡的多発血管炎 (MPA) <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> MPA 以外の血管炎 <input type="checkbox"/> シェーグレン症候群
診断名 ※疾患カテゴリー「その他」、「MPA 以外の血管炎」の場合						

被疑薬は何ですか ※疾患カテゴリー「薬剤性肝障害」の場合	
急性増悪の背景にある間質性肺疾患は何ですか ※疾患カテゴリー「間質性肺炎の急性増悪」の場合	
呼吸器症状から判断した間質性肺疾患の発症形式	<input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 亜急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 無症状
登録後 24 か月までの間に疾患進行すると予測しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
適格規準	
(1) 登録時に間質性肺疾患を認める症例のうち、各施設で登録前 24 ヶ月以内に新規に間質性肺疾患を指摘された症例	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2) 登録時に、20 歳以上の症例	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(3) 本研究内容について十分な説明を受け、本研究への参加と経過観察の実施について文書による同意が得られている症例	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
除外規準	
(1) 呼吸機能検査など、本研究で実施される諸検査を実施する予定のない症例	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
(2) 登録時点までに肺葉切除術以上の肺切除を施行した症例	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
(3) 中央診断チームが診断を行うまでに、間質性肺疾患の診断を行うのに十分な問診、検査が予定されていない患者	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい