

【必読】症例報告作成に関する注意事項

症例報告を記載する前に必ずお読みいただき、遵守してください。ご提出いただく症例報告用紙 PDF は、必ずデータにて保存および管理してください。

症例報告用紙 P D F は **Adobe Acrobat Reader** で作成してください

最新の Adobe Acrobat Reader は、下記ページより無償でインストールできます

» <http://get.adobe.com/jp/reader/>

- ※ ダウンロードの際、オプション（その他の追加機能、拡張機能等）は不要です
- ※ インストール後、Adobe Acrobat Reader を起動し「ファイル」⇒「開く」で症例報告用紙 PDF ファイルを選択することで、入力が可能になります。
- ※ PC 環境によっては Adobe Acrobat Reader の操作でも入力・印字に不具合が発生する場合がございます。Word やテキストエディタ（メモ帳）などに下書きを作成し、文字数確認後に貼り付けることをお勧めいたします。
- ※ ご不明点等については事務局までご連絡ください。

（１）使用する用語について：

原則、糖尿病学用語集（<http://www.jds.or.jp/modules/glossary/>）にある表現を用いて記載してください。専門医に関する申請書類については、製薬会社が作成した商業用語や一般的ではない略語の使用は控えてください。

▼誤りの多い表現・使用不可用語

誤)	正)
BOT	持効型インスリンと内服薬の併用療法 等
境界型糖尿病	境界型耐糖能障害
インスリン強化療法	強化インスリン療法
インスリンボール	lipohypertrophy、脂肪増生、脂肪肥大 等
FGM	間歇スキャン式持続血糖測定（isCGM）
BS	BG（blood glucose）
時効型	<u>持効型</u> ※変換誤り
速攻型	<u>速効型</u> ※変換誤り

（２）専門医更新で提出する症例について：

最終診察日が認定期間内で、主として診療した外来症例を提出してください。

- 必要症例数： 内科 20 症例 / 小児科 5 症例
- 初回認定から 3 回更新手続きを完了している場合は、4 回目の更新より症例報告の提出は免除となります。（2023 年 12 月 10 日 更新規定改訂）

（３）症例要件について：

症例報告に記載される症例の病像は出来るだけ多岐にわたることが望ましく、可能な限り、種々の病型、妊娠関連（GDM）、種々の糖尿病性合併症、多数のインスリン使用例を含めてください。

(4) 施設名および診療科名：

患者が診療を受けた病院・診療所です。教育施設の症例でなくても構いません。

(5) 患者 ID(診療記録番号)：

後日取り出すことができるように、施設における ID 番号などを記載してください。施設で責任をもって管理する限りにおいては連結可能な独自の ID 番号を用いても構いません。ただし、後日確認が必要になった時は、病院長または診療記録管理責任者等において独自の記号等と患者 ID（診療記録番号）の照合が可能であることを保証する書類を添付してください。書類の形式は問いません。

(6) 患者氏名：

ローマ字のイニシャルといたします。施設の規則等によりイニシャルの記載が出来ない場合は、省略して差し支えありません。

(7) 受持期間：

申請者が主治医として診療に当たった期間です。診療継続中の場合、受持期間の最終日は最終診察日を入力してください。

(8) 身長／体重／BMI：

最終受診時の計測値を入力ください。BMI は身長・体重を記載すると自動算出されます。表示されない場合は、Adobe Acrobat Reader 以外で作成されている可能性があります。

(9) 病型：

病型が「その他：遺伝子異常が同定されたもの」、「その他：他の疾患・条件に伴うもの」などは、病型や病態診断の根拠となる検査値など、症例の概略欄に所見を付記してください。

(10) 病態：

病型「1 型」、または、病態「インスリン依存状態」を選択した場合は、根拠となる検査値などを下欄に記載してください。病型「2 型」、かつ、病態「インスリン依存状態」を選んだ場合は、その理由を症例の概略欄に付記してください。

▼インスリン依存状態の根拠について（重要）

インスリン依存状態とは、インスリン注射をしない場合ケトーシスになると考えられる状態です。2 型糖尿病では、インスリン分泌不全が進行しインスリン療法が必要となっても、膵β細胞は残存するため、通常はインスリン依存状態になることはありません（「糖尿病専門医研修ガイドブック改訂第 9 版 p.82」参照 ※改訂がある場合は最新版をご確認ください）。2 型糖尿病でインスリン依存状態を選択する場合は、ケトーシスを来すような長期に枯渇状態であることを概略欄に記載してください。

(11) HbA1c／その他の指標：

最終受診時の計測値を入力ください。

(12) 糖尿病網膜症：

糖尿病網膜症の「停止」は増殖停止を意味します。

(13) 糖尿病性腎症：

病期の根拠となる eGFR、尿アルブミン、尿タンパクを記載してください。尿タンパクは定量的場合、単位まで入力が必要です。なお、eGFR は未記入でエラーがかかります。

病期分類など	根拠に必要な入力項目
無または 1 期	尿アルブミン
2 期	尿アルブミン
3 期	尿タンパク（定性または定量どちらでも可）または尿アルブミン ※尿タンパク定性の場合「1+」は不可
4 期	eGFR のみで可
5 期	透析療養中：eGFR なしでも可、腎移植後：eGFR のみ
小児科症例	eGFR 不要 ※「-(ハイフン)」等を入力してエラー解除可能です

(14) 糖尿病性大血管症：

「有」の場合は所見がある部位を選んでください。（複数選択：可）

(15) 血圧、高血圧症および降圧薬：

- 最終受診時の血圧値を記載し、高血圧症が「有」の場合は降圧薬の一般名または先発商品名を記載してください。
- 「投薬なし」の場合は「無」を選んでください。
- 配合剤は成分ごとに記載してください。

(16) 脂質異常症および脂質治療薬：

- 脂質異常症が「有」の場合はフレデリクソン分類の病型を選択し、脂質治療薬欄に一般名または先発商品名を記載してください。
- 薬品名は 8 文字以内で記載し、末尾を必要なだけ省略してください。
- 配合剤は成分ごとに記載してください。「投薬なし」の場合は「無」を選んでください。
- 家族性と診断される場合は、症例の概略欄に根拠とともに記載してください。

(17) 指示食事エネルギー量：

<記載例>

指示食事エネルギー量
(①1200kcal [②25/kg目標体重]/日)
(エネルギー量設定のための目標BMI :③22)

①指示食事エネルギー量

②エネルギー係数

③エネルギー量設定のための目標 BMI

(18) 食塩制限／タンパク制限：

<記載例>

食塩制限：☐無・☒有(6 g/日)
タンパク制限：☒無・☐有(g/日)

「有」の場合は指示量を記載してください。

「無」の場合は入力しないこと。

(19) 運動療法：

<記載例>

運動療法：☐無・☒有

※有の場合は下記に指導内容を記載。無の場合は理由を記載。

〔ウォーキング 10,000歩〕

「有」の場合は指導内容を記載してください。

例：テニス 1 時間 週 3 回（“テニス”のみは不可）

「無」の場合は指導無しの理由を記載してください。

(20) 経口血糖降下薬：

- ・「有」の場合、薬品名（一般名または先発商品名）を記載してください。
- ・薬品名は 8 文字以内で記載し、末尾を必要なだけ省略してください。
- ・配合剤は、成分ごとに記載してください。
- ・経口 GLP-1 受容体作動薬も当該欄に記載してください。
- ・週 1 製剤の場合は手書きで単位を修正してください。

(21) 注射薬：

<インスリン欄の記載について>

- ・指示している製剤の量を右横の（ ）内に記載してください。
- ・混合型または配合型を処方している場合は、下欄に商品名または超速効/速効成分の百分率を「混合 50mix」や「配合 30mix」のように記載してください。
- ・CSII 施行例では basal 投与量を下欄に記載してください。標準的な bolus 投与量を「超速効/速効」欄に記載し、basal 投与量を含めた一日総投与量を「一日総インスリン量」欄に記載してください。

(22) インクレチン関連注射薬：

- ・「有」の場合、下欄に薬品名（一般名または先発商品名）と用法・用量を記載してください。
- ・インスリンと GLP-1 受容体作動薬の配合注射薬の場合、「1 日総インスリン量」欄には同製剤分を含めた量を記載し、下欄には製品名・用法・用量を記載してください。

<例> ゾルトファイの記載例

注射薬			
インスリン： <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> CSII)			
朝	昼	夕	眠
超速効/速効	(12)	-(0)	-(8)
持効/NPH	()	-()	-()
混合/配合	()	-()	-()
※混合/配合およびCSIIの記載は注意事項を確認して下欄に入力すること			
〔 〕			
1日総インスリン量 (30) 単位/日			
インクレチン関連注射薬： <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
〔 ゾルトファイ 朝 10 ドーズ 〕			

「1 日総インスリン量」に含めてください。
インスリンと GLP-1 受容体作動薬の配合注射
射のみの場合も入力してください。

…インクレチン関連注射薬：「有」
製品名（ゾルトファイ）、用法、用量

(23) 症例の概略欄：

患者の特徴・他疾患・特記事項などを記載してください。診断、治療方針決定、療養指導などにおける問題点などを 100 字以上 200 字以内で記載してください。これらは専門医の評価にきわめて重

要です。例えば、免疫学的検査所見がないのに 1 型と診断した理由、肝硬変症がある例をその他の型としないで「2 型」に合併したとする根拠、1 型なのに一日 1 回のインスリン注射しか行っていない理由（緩解期であるのか、社会的理由により強化インスリン療法ができないのか）、タンパク制限を実施している理由など、専門医の立場から見た個々の患者の特徴を記載してください。

(24) その他：

HbA1c の数値を入力し、その他の指標欄が未記載の場合、プリントアウト時に

不備あり

 と右上に表記されることがあります。その際は、「その他の指標」欄にスペースなどを入力することでエラーを解除できる場合があります。

以上