

1型糖尿病アンケート「本調査」票 ver.1

医療機関名			
通し番号（IDは記載不可）			
調査日			

調査項目（調査時のデータを入力）		↓自由欄（「その他」を選択した時などの詳記用）
年齢（歳）		
発症時または診断時年齢（歳）		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
身長（cm）		
体重（kg）		
HbA1c（％）		
1型糖尿病の発症様式	<input type="checkbox"/> 急性発症	
	<input type="checkbox"/> 緩徐進行	
	<input type="checkbox"/> 劇症	
	<input type="checkbox"/> その他	

細小血管合併症（調査時の状況）		↓自由欄（詳記が必要な場合にご記入ください）
網膜症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
腎症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
神経障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

大血管合併症（調査時の状況）		↓自由欄（詳記が必要な場合にご記入ください）
虚血性心疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
脳血管疾患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
末梢動脈疾患（閉塞性動脈硬化症）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

治療（調査時の状況）		↓自由欄（詳記が必要な場合にご記入ください）
治療内容	<input type="checkbox"/> 強化インスリン療法	
	<input type="checkbox"/> 従来インスリン療法	
	<input type="checkbox"/> BOT	
	<input type="checkbox"/> インスリンポンプ	
	<input type="checkbox"/> その他	

任意項目（直近のデータを記入）		↓測定日	
血糖値（mg/dL）			* 同時に測定した血糖値とセットで記入
血清CPR（ng/mL）	(* mg/dL)		
GAD抗体（U/mL）（ <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> RIA）			
IA-2抗体（U/mL）（ <input type="checkbox"/> ELISA <input type="checkbox"/> RIA）			