

患者基本情報

Record ID

性別

 男性 女性

生年月日

年齢(カプセル内視鏡検査時)

(歳)

身長(カプセル内視鏡検査時)

(cm)

体重(カプセル内視鏡検査時)

(kg)

体格の種類(1: BMI、2: ローレル指数、3: カウプ指数)

—自動割付け—

体格

【16歳以上】BMI

【6~15歳】ローレル指数

【5歳以下】カウプ指数

—自動計算—

BMIパーセンタイル

(小児では各自計算の上ご記入ください)

カプセル内視鏡検査について

検査日

検査契機
(複数回答可)

- 顕性出血
- 便潜血
- 鉄欠乏性貧血
- 小腸ポリープ・腫瘍
- 大腸ポリープ・腫瘍
- IgA血管炎
-

酸球性(胃)腸炎・アレルギー性腸炎

- クローン病(確定)
- クローン病(疑診)
- 潰瘍性大腸炎(確定)
- 潰瘍性大腸炎(疑診)
- ベーチェット病・単純性潰瘍(確定)
- ベーチェット病・単純性潰瘍(疑診)
- 薬剤起因性腸炎(確定)
- 薬剤起因性腸炎(疑診)
- その他の炎症
- 蛋白漏出性(胃)腸症
- 吸収不良症候群
- 血管炎
- 腹痛
- 発熱
- 嘔気・嘔吐
- 腸閉塞
- ポリポース(家族性大腸腺腫症)
- ポリポース(Peutz-Jeghers症候群)
- ポリポース(若年性ポリポース)
- ポリポース(その他)
- GVHD
- その他

(その他を選択した場合は次の設問で詳細を入力してください。)

検査契機(その他の詳細)

病名

既往歴・既存症
(複数回答可)

- 頭頸部腫瘍術後
- 食道手術後
- 胃切除後
- 強皮症
- 糖尿病
- 慢性偽性腸閉塞症
- その他

(その他を選択した場合は次の設問で詳細を入力してください。)

既往歴(その他の詳細)

消化管通過性検査(パテンシーカプセル)

消化管通過性評価の実施(パテンシーカプセル)

はい いいえ

パテンシーカプセルの嚥下

可能
 不可
 不可(予測)

パテンシーカプセルの補助具使用
(複数回答可)

なし(検査中止)
 AdvanCE
 スネア
 ネット
 オーバーチューブ
 その他

その他の詳細(パテンシーカプセルの補助具使用)

パテンシーカプセルの嚥下不可・嚥下不可(予測)、補助具
使用の理由(複数回答可)

小児
 患者の拒否
 嚥下困難
 発達障害
 気管挿管中
 頭頸部腫瘍術後
 食道手術後
 寝たきり
 嚥下可能であったが食道で停滞
 嚥下可能であったが胃で停滞
 その他

その他の詳細(嚥下不可・嚥下不可(予測)、補助具使用の
理由)

食道内停滞での補助具使用(食道停滞時間)

胃内停滞での補助具使用(胃停滞時間)

補助具挿入における鎮静の有無

なし
 静脈麻酔
 全身麻酔(気管挿管)

補助具挿入の施行場所

内視鏡室
 手術室
 病棟

パテンシーカプセル留置部位

胃
 十二指腸球部
 十二指腸下行部
 十二指腸水平部
 その他

その他の詳細(パテンシーカプセル留置部位)

挿入 (or カプセルを把持) ~リリースまでの時間 (秒)

(秒)

消化管通過性の診断法
(複数回答可)

- 単純X線
- エコー
- CT
- 低線量CT
- 浣腸・洗腸
- トモシンセンス
- その他

その他の詳細 (消化管通過性の診断法)

パテンシーカプセル内服 ~通過性判定までの時間 (単位: 時間)

(時間)

カプセル内視鏡検査

カプセル内視鏡の種類

- 小腸カプセル内視鏡 (PillCam SB)
 小腸カプセル内視鏡 (EndoCapsule)
 大腸カプセル内視鏡 (PillCam COLON)

カプセル内視鏡の嚥下

- 可能
 不可
 不可(予測)

カプセル内視鏡の補助具使用
(複数回答可)

- なし(検査中止)
 AdvanCE
 スネア
 ネット
 オーバーチューブ
 その他

その他の詳細(カプセル内視鏡の補助具使用)

カプセル内視鏡の嚥下不可・嚥下不可(予測)、補助具使用
の理由
(複数回答可)

- 小児
 患者の拒否
 嚥下困難
 発達障害
 気管挿管中
 頭頸部腫瘍術後
 食道手術後
 寝たきり
 嚥下可能であったが食道で停滞
 嚥下可能であったが胃で停滞
 その他

その他の詳細(嚥下不可・嚥下不可(予測)、補助具使用の
理由)

食道内停滞での補助具使用(食道停滞時間)

胃内停滞での補助具使用(胃停滞時間)

補助具挿入における鎮静の有無

- なし
 静脈麻酔
 全身麻酔(気管挿管)

補助具挿入の施行場所

- 内視鏡室
 手術室
 病棟

カプセル内視鏡留置部位

- 胃
 十二指腸球部
 十二指腸下行部
 十二指腸水平部
 その他

その他の詳細(カプセル内視鏡留置部位)

挿入 (or カプセルを把持) ~リリースまでの時間 (秒)

(秒)

全小腸または全大腸観察の有無

- はい
- いいえ

小腸または大腸通過時間

カプセル内視鏡の有用性
(複数回答可)

- なし
- 所見陰性の確認
- 新規所見あり
- 治療方針の変更
- 小腸内視鏡のルート選択
- その他

その他の詳細 (カプセル内視鏡の有用性)

カプセル内視鏡所見

- 異常なし
- 異常有

カプセル内視鏡所見 (自由記載)

カプセル内視鏡診断名

有害事象

有害事象(挿入補助によるもの)について

有害事象:挿入補助によるもの

○ あり ○ なし

挿入補助によるAEの詳細

- 穿孔
- 誤嚥性肺炎
- 粘膜損傷
- 治療不要な消化管出血
- 治療を要する消化管出血
- 菌血症・敗血症
- 腹痛
- 咽頭・胃・十二指腸での挿入困難
- リリース不可能
- その他

その他の詳細(挿入補助によるAE)

有害事象(カプセルによるもの)について

有害事象:カプセルによるもの

○ あり ○ なし

カプセルによるAEの詳細

- 滞留
- 腸閉塞
- 腹痛
- 嘔吐
- 気管誤嚥
- コーティング膜遺残
- その他

その他の詳細(カプセルによるAE)

カプセル内視鏡の不具合について

カプセル内視鏡の不具合

○ あり ○ なし

カプセル内視鏡の不具合の詳細

- ギャップビデオ(未撮影領域の存在)
- カプセル内視鏡の点滅不良
- 画像の乱れ
- その他

その他の詳細(カプセル内視鏡の不具合)

お忙しい中、ご入力いただき誠にありがとうございました。
入力データについて問い合わせさせていただく場合がございます。ご了承いただけますと幸いです。

施設情報

このページは、各施設ごとに1つの回答にまとめてください

報告施設・報告者

報告施設

報告者氏名

報告者 e-mailアドレス

小腸カプセル内視鏡検査の実績について

小腸カプセル内視鏡開始年月日

小腸カプセル内視鏡最終年月日
(貴施設倫理委員会承認日)

小腸カプセル内視鏡検査実施件数

(単位:件 貴施設全体でこれまでに実施した件数を入力してください)

小腸カプセル内視鏡検査実施症例数

(単位:人 貴施設全体でこれまでに実施した患者数を入力してください)

大腸カプセル内視鏡検査の実績について

大腸カプセル内視鏡開始年月日

大腸カプセル内視鏡最終年月日
(貴施設倫理委員会承認日)

大腸カプセル内視鏡検査実施件数

(単位:件 貴施設全体でこれまでに実施した件数を入力してください)

大腸カプセル内視鏡検査実施症例数

(単位:人 貴施設全体でこれまでに実施した患者数を入力してください)

パテンシーカプセルによる開通性評価の実績について

パテンシーカプセル開始年月日

パテンシーカプセル最終年月日
(貴施設倫理委員会承認日)

パテンシーカプセルによる開通性評価実施件数

(単位:件 貴施設全体でこれまでに実施した件数を入力してください)

パテンシーカプセルによる開通性評価実施症例数

(単位:人 貴施設全体でこれまでに実施した患者数を入力してください)

各施設のルール

貴施設における検査実施のルールについてご回答ください。(記載例:○歳以下/○未満は挿入補助具を使用など)

連絡事項

連絡事項
