

所属学会

日本呼吸器学会会員は記入不要です。

先生の会員番号

患者様の認識番号

一般社団法人日本呼吸器学会

慢性肺アスペルギルス症

インターネットサーベイ

手書き用 登録用紙

\*\*\* 必要事項をすべて記入してください。 \*\*\*

## 症例登録

## 1. 患者様の基本情報

必須	症例通し番号	<input type="text"/>
必須	年齢	<input type="text"/> 歳
必須	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
必須	身長	<input type="text"/> cm
必須	体重	<input type="text"/> kg
必須	診断日	<input type="text"/> YYYY/MM/DD
必須	アスペルギルス症の診断名	<input type="radio"/> 単純性肺アスペルギローマ <input type="radio"/> 慢性進行性肺アスペルギルス症 <input type="radio"/> その他( )

## 2. 診断時の情報

## (1) 基礎疾患について

必須	肺の基礎疾患の有無 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 特記すべき呼吸器系基礎疾患なし <input type="checkbox"/> 陳旧性肺結核 <input type="checkbox"/> 肺嚢胞を含む空洞性病変 <input type="checkbox"/> 胸・胸郭手術後 <input type="checkbox"/> 気胸の既往 <input type="checkbox"/> 気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> アスペルギルス症の既往 <input type="checkbox"/> 非結核性抗酸菌症合併 <input type="checkbox"/> その他呼吸器系基礎疾患 (病名: )
----	----------------------	---



## (3)微生物・血清学的検査

必須	アスペルギルス属の検出	○あり      ○なし
----	-------------	--------------

→アスペルギルス属検出「あり」の場合、以下の設問にもお答え下さい。

必須	培養検体	○喀痰 ○気管支洗浄液 ○組織検体
必須	菌種選択(複数選択可)	<input type="checkbox"/> Aspergillus. fumigatus <input type="checkbox"/> Aspergillus. niger <input type="checkbox"/> Aspergillus. flavus <input type="checkbox"/> Aspergillus. terreus <input type="checkbox"/> Aspergillus. nidulans <input type="checkbox"/> Aspergillus. versicolor <input type="checkbox"/> アスペルギルス属 <input type="checkbox"/> その他(複数菌種含む)(                    )
任意	主幹研究施設への菌株提供 (*薬剤感受性試験も行います。)	○可能      ○不可能
任意	薬剤感受性(あれば)	<input type="checkbox"/> イトラコナゾール MIC値 <input type="text"/> (任意)  <input type="checkbox"/> ボリコナゾール MIC値 <input type="text"/> (任意)  <input type="checkbox"/> ボサコナゾール MIC値 <input type="text"/> (任意)  <input type="checkbox"/> アムホテリシンB MIC値 <input type="text"/> (任意)  <input type="checkbox"/> ミカファンギン MEC値 <input type="text"/> (任意)  <input type="checkbox"/> カスポファンギン MEC値 <input type="text"/> (任意)
必須	細胞診での菌糸確認	○あり      ○なし      ○未施行
必須	病理組織での菌糸	○あり      ○なし      ○未施行
必須	病理組織での肺胞、血管内への菌糸の侵襲	○あり      ○なし      ○不明
必須	血清アスペルギルス(GM)抗原	○測定あり(COI:                    )      ○未測定
必須	$\beta$ -D-グルカン(pg/ml)	○測定あり(                    ) pg/ml      ○未測定
必須	抗アスペルギルス沈降抗体	○陽性      ○陰性      ○未施行
必須	アスペルギルスIgG(EIA)抗体	○陽性(数値:                    )      ○陰性      ○未施行
任意	主幹研究施設への診療上採取した残血清(治療前)の提供(*沈降抗体測定も行います。)	○可能      ○不可能

## (4) 慢性の症状

必須	1ヶ月以上続く慢性の症状がありますか。	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
----	---------------------	--------------------------	--------------------------

→慢性の症状が「あり」の場合、以下の設問にもお答え下さい。

必須	咳嗽	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
必須	喀痰(血痰、咯血)	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
必須	発熱	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
必須	体重減少	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
必須	呼吸困難	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし

(5) 炎症マーカー(診断前1ヶ月)  
診断日に近いものでお答え下さい。

必須	WBC(/mm <sup>3</sup> )	<input type="text"/> /mm <sup>3</sup>
必須	CRP(mg/dl)	<input type="radio"/> 測定あり <input type="text"/> mg/dl <input type="radio"/> 未測定
任意	ESR(mm/hr)	<input type="radio"/> 測定あり <input type="text"/> mm/hr <input type="radio"/> 未測定

## (6) 画像所見(肺アスペルギルス症によると考えられる所見)

必須	新たな空洞陰影出現	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
必須	空洞陰影の数	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3以上
必須	新たな結節の出現	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
必須	空洞性陰影の拡大	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
必須	空洞壁の肥厚	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
必須	空洞壁周囲の浸潤影	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	

必須	空洞部位以外の浸潤影	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
必須	真菌球様の陰影	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
必須	胸膜肥厚の進行	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
必須	鏡面形成	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
任意	陰影の部位(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 右上葉 <input type="checkbox"/> 右中葉 <input type="checkbox"/> 右下葉 <input type="checkbox"/> 左上区 <input type="checkbox"/> 左舌区 <input type="checkbox"/> 左下葉
必須	両肺に病巣	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
必須	上記画像所見の悪化に至った期間	<input type="radio"/> 1ヶ月以内 <input type="radio"/> 1-3ヶ月 <input type="radio"/> 3ヶ月以上 <input type="radio"/> 不明
任意	画像所見で特記すべき事項	<input type="text"/>
任意	主幹研究施設への匿名化画像CDデータ提供	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能

## (7)抗真菌薬以外の治療に対する反応不良

必須	一般抗菌薬に対する反応不良	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 未投与
必須	抗抗酸菌薬に対する反応不良	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 未投与

## (8)呼吸状態

必須	SpO2(%)	SpO2[            ](%) <input type="radio"/> 酸素投与あり 酸素投与量[            ]L/min    1~10L/min <input type="radio"/> 酸素投与なし
任意	PaO2(torr)	PaO2[            ](torr) <input type="radio"/> 酸素投与あり 酸素投与量[            ]L/min    1~10L/min <input type="radio"/> 酸素投与なし
必須	LTOT(長期酸素療法)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

	0	1	2	3	4
<b>必須</b> mMRC (選択肢の凡例) 0=激しい運動をしたときだけ息切れがある。 1=平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩くときに息切れがある。 2=息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いているとき、息切れのために立ち止まることがある。 3=平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。 4=息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをするときにも息切れがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## (9) 診断時COPDアセスメントテスト(CATスコア)

	0	1	2	3	4	5
<b>必須</b> まったく咳が出ない=0~いつも咳が出ている=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> まったく痰が詰まった感じがしない=0~いつも痰が詰まっている感じがする=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> まったく息苦しくない=0~非常に息苦しい=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> 坂や階段を上っても息切れがしない=0~坂や階段を上ると非常に息切れがする=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> 家での普段の生活が制限されることはない=0~家での普段の生活が非常に制限される=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> 肺の状態を気にせずに外出できる=0~肺の状態が気になって外出できない=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> よく眠れる=0~肺の状態が気になってよく眠れない=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>必須</b> とても元気だ=0~全く元気でない=5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 3. 治療

## (1) 治療関連情報

<b>必須</b>	治療開始年月日	<input type="text"/>	YYYY/MM/DD
<b>必須</b>	導入治療薬	<input type="checkbox"/> ボリコナゾール <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> 注射 <input type="checkbox"/> イトラコナゾール <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> 注射 <input type="checkbox"/> ミカファンギン <input type="checkbox"/> カスポファンギン <input type="checkbox"/> リボソーマルアムホテリシンB <input type="checkbox"/> ボサコナゾール <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> 注射 <input type="checkbox"/> イサブコナゾール <input type="radio"/> 内服 <input type="radio"/> 注射 <input type="checkbox"/> その他(                      )	
<b>任意</b>	導入治療の期間(日) * 維持治療と異なる場合のみ	<input type="text"/>	日

必須	維持治療薬	<input type="checkbox"/> ボリコナゾール ○内服                      ○注射 <input type="checkbox"/> イトラコナゾール ○内服                      ○注射 <input type="checkbox"/> ミカファンギン <input type="checkbox"/> カスポファンギン <input type="checkbox"/> リボソーマルアムホテリシンB <input type="checkbox"/> ポサコナゾール ○内服                      ○注射 <input type="checkbox"/> イサブコナゾール ○内服                      ○注射 <input type="checkbox"/> その他(                      )
任意	VRCZ血中濃度(ug/ml)初回測定時 * VRCZ使用の場合(日) * 維持治療と異なる場合のみ	<input type="text"/> ug/ml
任意	副作用	<input type="checkbox"/> あり 薬剤名                      ※あり選択時必須 ○ボリコナゾール ○イトラコナゾール ○ミカファンギン ○カスポファンギン ○リボソーマルアムホテリシンB ○ポサコナゾール ○イサブコナゾール ○その他(                      ) 副作用(                      ) <input type="checkbox"/> なし
任意	副作用への対応	<input type="checkbox"/> 投与継続可能 <input type="checkbox"/> 減量し継続 <input type="checkbox"/> 休薬後再開 <input type="checkbox"/> 中止

## (2) 非結核性抗酸菌症合併例

必須	非結核性抗酸菌症 (NTM) の治療内容変更	<input type="checkbox"/> あり(                      ) <input type="checkbox"/> なし
必須	NTM治療の中止	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

## (3) 治療薬を変更した場合

1回目

任意	治療開始後の日数(日)	<input type="text"/> 日
任意	変更後の治療薬	<input type="checkbox"/> ボリコナゾール <input type="checkbox"/> イトラコナゾール <input type="checkbox"/> ミカファンギン <input type="checkbox"/> カスポファンギン <input type="checkbox"/> リボソーマルアムホテリシンB <input type="checkbox"/> ポサコナゾール <input type="checkbox"/> イサブコナゾール <input type="checkbox"/> その他(                      )

任意	変更理由	<input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 (副作用名: ) <input type="radio"/> 経済的理由 <input type="radio"/> その他( )
----	------	--

## 2回目

任意	治療開始後の日数(日)	<input type="text"/> 日
任意	変更後の治療薬	<input type="radio"/> ポリコナゾール <input type="radio"/> イトラコナゾール <input type="radio"/> ミカファンギン <input type="radio"/> カスポファンギン <input type="radio"/> リボソーマルアムホテリシンB <input type="radio"/> ポサコナゾール <input type="radio"/> イサブコナゾール <input type="radio"/> その他( )
任意	変更理由	<input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 (副作用名: ) <input type="radio"/> 経済的理由 <input type="radio"/> その他( )

## 3回目

任意	治療開始後の日数(日)	<input type="text"/> 日
任意	変更後の治療薬	<input type="radio"/> ポリコナゾール <input type="radio"/> イトラコナゾール <input type="radio"/> ミカファンギン <input type="radio"/> カスポファンギン <input type="radio"/> リボソーマルアムホテリシンB <input type="radio"/> ポサコナゾール <input type="radio"/> イサブコナゾール <input type="radio"/> その他( )
任意	変更理由	<input type="radio"/> 無効 <input type="radio"/> 副作用 (副作用名: ) <input type="radio"/> 経済的理由 <input type="radio"/> その他( )

## (4) 治療終了の場合

任意	治療開始後の日数(日)	<input type="text"/> 日
任意	治療終了の理由	<input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 緩和医療への移行 <input type="radio"/> 副作用 (副作用名: ) <input type="radio"/> 経済的理由 <input type="radio"/> その他( )



## (5) 治療再開の場合

任意	治療開始後の日数(日)	<input type="text"/> 日
任意	治療再開の理由	<input type="radio"/> 再燃 <input type="radio"/> その他( )

## (6) 治療経過中の耐性(新たな)真菌の出現

任意	治療経過中の耐性(新たな)真菌の出現	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
----	--------------------	--

→治療経過中の耐性(新たな)真菌の出現が「あり」の場合は、以下の設問に回答下さい。

必須	培養検体	<input type="radio"/> 喀痰 <input type="radio"/> 気管支洗浄液 <input type="radio"/> 組織検体
	菌種選択(複数選択可)	<input type="checkbox"/> A. fumigatus <input type="checkbox"/> A. niger <input type="checkbox"/> A. flavus <input type="checkbox"/> A. terreus <input type="checkbox"/> その他(複数菌種含む)( )
任意	薬剤感受性	<input type="checkbox"/> イトラコナゾール MIC値 <input type="text"/> (任意) <input type="checkbox"/> ボリコナゾール MIC値 <input type="text"/> (任意) <input type="checkbox"/> ボサコナゾール MIC値 <input type="text"/> (任意) <input type="checkbox"/> アムホテリシンB MIC値 <input type="text"/> (任意) <input type="checkbox"/> ミカファンギン MEC値 <input type="text"/> (任意) <input type="checkbox"/> カスポファンギン MEC値 <input type="text"/> (任意)

## 4. 予後と効果判定

## 4.1 予後

任意	観察終了日(西暦XXXX年YY月ZZ日) or 死亡日 ※観察終了時又は死亡時に入力して下さい。	<input type="text"/> YYYYY/MM/DD
任意	観察終了の理由	<input type="radio"/> 治療終了 <input type="radio"/> 転医 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> その他( )