

0%

このアンケートはまだ実行されていないので、回答を保存できません。



患者基本

患者識別番号

年齢

性別

選択してください…



身長 (cm)

体重 (kg)

診断名 潰瘍性大腸炎, Crohn病, IBD-unclassified, 腸管バーチエット, 単純性潰瘍

選択してください…



喫煙歴 なし, 現在, 既往, 不明

選択してください…



COVID-19診断時のIBD罹患期間(月)

既往歴

心血管疾患(冠動脈疾患, 心不全, 不整脈等)

- なし
 あり
 不明

糖尿病

- なし
 あり
 不明

喘息

- なし
 あり
 不明

COPD

- なし
 あり
 不明

その他の慢性呼吸器疾患

- なし
 あり
 不明

高血圧

- なし
 あり
 不明

悪性腫瘍

なし

あり

不明

脳血管障害の既往

なし

あり

不明

慢性腎疾患(CKD等)

なし

あり

不明

慢性肝疾患(肝硬変やNAFLD等)

なし

あり

不明

既往歴 (その他)自由記載

ペット飼育の有無



はい



いいえ



回答なし

ペットを飼育している場合は、その動物種(フリー記載)

25%

このアンケートはまだ実行されていないので、回答を保存できません。



IBDの情報

病型(UC) 直腸炎型, 左側結腸炎型, 全結腸炎型, 区域型

選択してください…

病型(CD) 小腸型, 大腸型, 小腸・大腸型, 上部消化管孤発

選択してください…

IBDの活動性

COVID-19診断時

- 寛解
- 軽症
- 中等症
- 重症
- 不明

COVID-19感染中(最重症時)

- 寛解
- 軽症
- 中等症
- 重症
- 不明

COVID-19に対する診療終了時

- 寛解
- 軽症
- 中等症
- 重症
- 不明

スコアリング評価

COVID-19診断時

pMayo (UCのみ)

HBI (CDのみ)

COVID-19感染中

pMayo (UCのみ)

HBI (CDのみ)

COVID-19診察終了時

pMayo (UCのみ)

HBI (CDのみ)

COVID-19罹患中のIBD治療薬

5-ASA製剤(局所製剤を除く)

なし

継続

中止

追加

チオプリン系免疫調節薬

なし

継続

中止

追加

ステロイド(局所製剤は除く)

なし

継続

中止

追加

ブデソニド内服

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

カルシニューリン阻害剤

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

抗TNF- α 抗体製剤

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

抗IL-12/23p40抗体製剤

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

抗 $\alpha 4 \beta 7$ 抗体製剤

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

JAK阻害剤

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

栄養療法

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

血球成分除去療法

- なし
- 継続
- 中止
- 追加

50%

このアンケートはまだ実行されていないので、回答を保存できません。

×

COVID-19の情報

COVID-19診断日

フォーマット: yyyy/mm/dd

COVID-19発症から診断までの日数

COVID-19の診断方法 PCR検査(鼻咽頭), PCR検査(唾液), 抗体検査, 抗原検査, その他, 不明

選択してください...

COVID-19感染経路

SARS-CoV-2の株分類 : 懸念される変異株(Variants of Concern; VOC)の有無

変異なし, 英国型変異 (VOC-202012/01), 南アフリカ型変異 (501Y.V2), ブラジル型変異 (501Y.V3), フィリピン型変異 (P3.系統), その他変異 (フリー欄も記載ください), 不明

選択してください...

COVID-19症状

37.5℃以上の発熱
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
呼吸器症状
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明

肺炎の有無
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
頭痛
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
倦怠感
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
嘔吐
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
味覚障害
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
嗅覚障害
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明

COVID-19症状（消化器系）

腹痛
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> 新規に出現
<input type="radio"/> 既存の症状の悪化
<input type="radio"/> 不明
下痢
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> 新規に出現
<input type="radio"/> 既存の症状の悪化
<input type="radio"/> 不明
血便
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> 新規に出現
<input type="radio"/> 既存の症状の悪化
<input type="radio"/> 不明

肺炎を伴った場合、そのレントゲンもしくはCT検査所見（自由記載）

COVID-19治療に使用した薬剤

レムデシビル
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
クロロキン
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
ヒドロキシクロロキン
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
オセルタミビル
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
ロピナビル・リトナビル
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
トシリズマブ
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
ステロイド(IBD治療目的は除く)
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
ファビピラビル
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
シクレソニド
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
ナファモスタット
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明

カモスタット
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
抗TNF- α 抗体製剤
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明
血球成分除去療法
<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> あり
<input type="radio"/> 不明

その他治療薬

COVID-19の重症度/転機 (WHO分類)(最重症時)

WHO重症度分類を参照する (<https://jcosmos-mhlw.org/criteria.html>) 厚生労働省の基準と異なる点にご留意ください

選択肢: 非重症, 重症, 重篤, 死亡

▼

COVID-19の治療場所(最重症時) 外来治療, 入院治療, 集中治療室

▼

COVID-19診断日から検査で陰性を確認するまでの日数(陰性確認していない場合は0と記入してください)

ワクチン接種の有無 なし, あり, 不明

▼

ワクチン接種日 (1回目)

フォーマット: yyyy/mm/dd

ワクチンの種類

コミナティ(ファイザー/ピオンテック), Moderna COVID-19 Vaccine (モデルナ/武田), COVID-19 Vaccine AstraZeneca

▼

75%

このアンケートはまだ実行されていないので、回答を保存できません。



血液検査所見

WBC (/ μ l)

RBC ($\times 10^4$ / μ l)

Hb (g/dl)

Plt ($\times 10^4$ / μ l)

TP (g/dl)

ALB (g/dl)

LDH (IU/l)

AST (IU/l)

ALT (IU/l)

ALP (IU/l)

AMY (IU/l)

Cre (mg/dl)

BUN (mg/dl)

CRP (mg/dl)

SAA (μ g/ml)

PCT (ng/ml)