

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Document ID: MIREGISTRY-DS-14<br>Version: 1.0 | Effective Date: 2024/03/22 |
| Document Title:<br>精神疾患レジストリ基本情報入カシステム設計仕様書   |                            |

# 精神疾患レジストリ基本情報入カシステム 設計仕様書

|     |   |
|-----|---|
| 作成日 | 2024年3月21日  |
| 作成者 | 株式会社アクセライト<br>佐々木 奈都記                               |
| 承認日 | 2024年3月22日  |
| 承認者 | 国立精神・神経医療研究センター<br>病院 臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部<br>小居 秀紀 |

## 目次

|                      |     |
|----------------------|-----|
| はじめに .....           | 3   |
| 本書の目的 .....          | 3   |
| 調査票画面 .....          | 4   |
| MINI .....           | 4   |
| SCID .....           | 5   |
| PANSS .....          | 6   |
| HAMD .....           | 8   |
| MADRS .....          | 9   |
| YMRS .....           | 10  |
| AIS .....            | 11  |
| 退院サマリー .....         | 13  |
| 外来サマリー .....         | 18  |
| サマリー小児用 .....        | 23  |
| 各入力項目の仕様 .....       | 28  |
| MINI .....           | 28  |
| SCID .....           | 28  |
| PANSS .....          | 29  |
| HAMD .....           | 30  |
| MADRS .....          | 31  |
| YMRS .....           | 32  |
| AIS .....            | 32  |
| 退院サマリー .....         | 34  |
| 外来サマリー .....         | 47  |
| サマリー小児用 .....        | 60  |
| 付録 (各調査票の値対応表) ..... | 66  |
| MINI .....           | 66  |
| SCID .....           | 66  |
| PANSS .....          | 66  |
| HAMD .....           | 72  |
| MADRS .....          | 74  |
| YMRS .....           | 76  |
| AIS .....            | 78  |
| 退院サマリー .....         | 79  |
| 外来サマリー .....         | 91  |
| サマリー小児用 .....        | 103 |

## はじめに

### 本書の目的

本書は、精神疾患レジストリ基本情報入力システムの設計仕様書を記載する。本設計仕様書では、本システムの調査票の仕様を網羅的に記載する。

## 調査票画面

システムの各調査票画面は以下の通り。

### MINI

MINI (ベースライン) ● 未入力

取得有無  有り  無し

実施日  年  月  日 

## SCID

|               |   |      |
|---------------|---|------|
| SCID (ベースライン) |   | 未入力  |
| 取得有無          | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し                            |      |
| 実施日           | 年 月 日  |      |
| 一時保存          |   | 登録する |



| (総合精神病理評価)     |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                | 1                       | 2                       | 3                       | 4                       | 5                       | 6                       | 7                       |
| G1. 心気症        | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G2. 不安         | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G3. 罪責感        | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G4. 緊張         | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G5. 街奇症と不自然な姿勢 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G6. 抑うつ        | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G7. 運動減退       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G8. 非協調性       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G9. 不自然な思考内容   | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G10. 失見当識      | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G11. 注意の障害     | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G12. 判断力と病識の欠如 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G13. 意志の障害     | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G14. 衝動性の調節障害  | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G15. 没入性       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |
| G16. 自主的な社会回避  | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 |

一時保存

登録する

# HAMD

HAMD (ベースライン) 未入力

取得有無  有り  無し

実施日  年  月  日 


|                    |   |
|--------------------|---|
| 1.抑うつ気分            | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 2.罪責感              | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 3.自殺               | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 4.入眠困難             | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 5.中途覚醒             | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 6.早朝覚醒             | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 7.仕事と活動            | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 8.精神運動制止           | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 9.精神運動激越           | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 10.不安の精神症状         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 11.不安の身体症状         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 12.食思不振 (消化器症状)    | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 13.全身の身体症状         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 14.性的関心 (生殖に関する症状) | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 15.心気症             | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 16.体重減少            | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 17.病識欠如            | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2   |
| 17項目合計得点           |   |



# MADRS

MADRS (ベースライン) 未入力

取得有無  有り  無し

実施日 年 月 日 


|               |                         |                         |                         |                                    |                         |                         |                         |
|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1.言葉で表現された悲しみ | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 2.外見に表出される悲しみ | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 3.内的緊張        | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 4.睡眠減少        | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 5.食欲減退        | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 6.集中困難        | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 7.制止          | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 8.感情を持たないこと   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 9.悲観的思考       | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 10.自殺思考       | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input checked="" type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |

開始時刻 時 分

終了時刻 時 分

総スコア

取得有無  有り  無し

実施日  年  月  日 

|               |                         |                         |                         |                         |                         |
|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1.高揚感         | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 2.運動性活動/活力の増加 | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 3.性的関心        | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 4.睡眠          | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 5.苛立ち         | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 8 |
| 6.話し方 (速さと量)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 8 |
| 7.言語-思考障害     | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 8.内容          | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 8 |
| 9.破壊的-攻撃的な行動  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 8 |
| 10.外観         | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 11.洞察         | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |

一時保存

登録する

| AIS (ベースライン)                            |  | 未入力 |
|---|--|-----|
| 実施有無                                    | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し   |     |
| 実施日                                     | 年 月 日  |     |
| A. 寝付きの問題について（布団に入って電気を消してから眠るまでに要した時間） | <input type="radio"/> 0. 問題なかった<br><input type="radio"/> 1. 少し時間がかかった<br><input type="radio"/> 2. かなり時間がかかった<br><input type="radio"/> 3. 非常に時間がかかったが、全く眠れなかった  |     |
| B. 夜間、睡眠中に目が覚める問題について                   | <input type="radio"/> 0. 問題になるほどではなかった<br><input type="radio"/> 1. 少し困ることがあった<br><input type="radio"/> 2. かなり困っている<br><input type="radio"/> 3. 深刻な状態か、全く眠れなかった |     |
| C. 希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れない問題について       | <input type="radio"/> 0. そのようなことはなかった<br><input type="radio"/> 1. 少し早かった<br><input type="radio"/> 2. かなり早かった<br><input type="radio"/> 3. 非常に早かったが、全く眠れなかった     |     |
| D. 総睡眠時間について                            | <input type="radio"/> 0. 十分だった<br><input type="radio"/> 1. 少し足りなかった<br><input type="radio"/> 2. かなり足りなかった<br><input type="radio"/> 3. 全く足りないか、全く眠れなかった         |     |
| E. 全体的な睡眠の質について                         | <input type="radio"/> 0. 満足している<br><input type="radio"/> 1. 少し不満<br><input type="radio"/> 2. かなり不満<br><input type="radio"/> 3. 非常に不満か、全く眠れなかった                 |     |

F. 日中の気分について

- 0. いつも通り
- 1. 少し減入った
- 2. かなり減入った
- 3. 非常に減入った

G. 日中の活動について（身体的および精神的）

- 0. いつも通り
- 1. 少し低下
- 2. かなり低下
- 3. 非常に低下

H. 日中の睡気について

- 0. 全くない
- 1. 少しある
- 2. かなりある
- 3. 激しい

合計


一時保存

登録する

## 退院サマリー

### 退院サマリー (ベースライン)

未入力

評価日 年 月 日 

性別\*  男性  女性  その他 年齢\*  人種\* --

身長・体重・腹囲\* 身長  cm 体重  kg 腹囲  cm

#### プロブレムリスト(精神科診断)\* (診断名は、ICDに準拠して記載、DSM,従来診断の記載も可)

| # | 診断                   | 発症年齢   | 備考(重症度など)            |
|---|----------------------|--|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> 歳 <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="text"/> |

+追加

#### 併存疾患\* (精神疾患と現在併存している、合併している身体疾患の有無)

あり  なし  不明

1

+追加

#### 既往歴\* (精神疾患・身体疾患共通)

あり  なし  不明

1

+追加

#### アレルギー\*

あり  なし  不明

| # | 食品・薬物等               | 反応                   | 発生時期   | 登録日  | 確認法  |
|---|----------------------|----------------------|--|--|--|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <br><input type="checkbox"/> 年不明 <input type="checkbox"/> 月不明 <input type="checkbox"/> 日不明 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日  | <input type="checkbox"/> 本人・家族申告<br><input type="checkbox"/> 医療従事者確認  |

+追加

#### 精神科家族歴\*

あり  なし  不明

1 続柄 (第二度近親者まで: -- ) 内容 ()

+追加

その他 ()

#### 自殺企図歴\*

あり  なし  不明

#### 喫煙歴

あり  なし  不明

#### 問題飲酒歴

あり  なし  不明

※問題飲酒とは、通常推奨される飲酒量以上の飲酒がされ、しかしアルコール依存の定義を満たさない場合を指す。飲酒のために何らかの精神的または身体的障害が存在する場合に使われる「有害な使用」や、社会的または家族的問題があれば、本人の精神的・身体的問題の有無にかかわらず診断される「アルコール乱用」を含む。DSM-5において、アルコール関連障害群の診断基準を満たす場合には、主診断ないし副診断へも入力して下さい。

内容

#### 物質乱用・依存 (ニコチンを除く)

あり  なし  不明

内容

#### 行動嗜癖

あり  なし  不明

内容

|                |  |
|----------------|--|
| 最終学歴           | <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 小学校卒まで <input type="radio"/> 中学校卒まで <input type="radio"/> 高校中退まで（少なくとも1年以上） <input type="radio"/> 高校卒まで<br><input type="radio"/> 大学中退または短大・専門学校卒・中退（少なくとも1年以上） <input type="radio"/> 4年制大学卒<br><input type="radio"/> 大学院修士卒業以上（医・歯学部等の6年制教育の学部卒業を含む）  |
| 現在の職業<br>複数選択可 | <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労中(障害者枠) <input type="checkbox"/> 就学中 <input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 休学中 <input type="checkbox"/> デイケア・就労移行支援<br><input type="checkbox"/> 就労継続支援A B(作業所) <input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> |
| 婚姻状態           | <input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 既婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 死別 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> その他   |

心理社会的状況 (他の項目で書ききれない内容、例えば趣味、信仰、家族構成など)

退院時処方(頓服を含む。デブ剤は別の欄に記載)\*  なし

|   |                          |                         |    |                         |                                  |
|---|--------------------------|-------------------------|----|-------------------------|----------------------------------|
| 1 | 薬剤名 <input type="text"/> | 用量 <input type="text"/> | mg | 用法 <input type="text"/> | <input type="button" value="x"/> |
| 2 | 薬剤名 <input type="text"/> | 用量 <input type="text"/> | mg | 用法 <input type="text"/> | <input type="button" value="x"/> |

# デブ剤

|   |                          |                         |    |                                  |
|---|--------------------------|-------------------------|----|----------------------------------|
| 1 | 薬剤名 <input type="text"/> | 用量 <input type="text"/> | mg | <input type="button" value="x"/> |
|---|--------------------------|-------------------------|----|----------------------------------|

|            |   |
|------------|---|
| クロザピン治療歴   | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明  |
| mECT歴      | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明  |
| 心理社会的介入    | <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A <input type="checkbox"/> 就労継続支援B <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター<br><input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 精神科入院歴(過去) | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明  |

入院中の薬物療法以外の治療法

|                   |  |
|-------------------|--|
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激)  | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激)  | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| CBT (認知行動療法)      | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| CRT (認知リハビリテーション) | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |

入院中の行動制限  隔離  拘束  制限  なし

詳細記載

入院情報の詳細を入力する

|             |  |      |   |
|-------------|--|------|---|
| 入院日*        | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="button" value="📅"/>  | 退院日* | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="button" value="📅"/> |
| 入院目的 理由・主訴* | <input type="text"/>   |      |   |
| 入院形態(入院時)*  | <input type="checkbox"/> 措置 <input type="checkbox"/> 緊急措置 <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 任意<br><input type="checkbox"/> 鑑定 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>   | 主治医* | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 記載者 <input type="radio"/> 承認者                           |
| 退院先*        | <input type="radio"/> 自宅<br><input type="radio"/> 施設<br><input type="radio"/> 転院 ( <input type="checkbox"/> 自院外転 <input type="checkbox"/> 他院外転 <input type="checkbox"/> 退院なし )<br><input type="radio"/> その他 ( <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 他科 )<br><input type="radio"/> 不明<br><input type="radio"/> 死亡 | 担当医① | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 記載者 <input type="radio"/> 承認者                           |
|             |  | 担当医② | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 記載者 <input type="radio"/> 承認者                           |
|             |  | 担当医③ | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 記載者 <input type="radio"/> 承認者                           |
|             |  | 担当医④ | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 記載者 <input type="radio"/> 承認者                           |
|             |  | 担当医⑤ | <input type="text"/><br><input type="radio"/> 記載者 <input type="radio"/> 承認者                           |

退院後の詳細情報を入力する

退院後の世帯構成

不明  在宅(同居者あり)  在宅(同居者なし)  入所  その他

ケアギバー

不明  なし  あり   
(ケアギバー：要介護者の日常生活上の援助を無償で行う個人)

現病歴を入力する

現病歴 (発達歴・生育歴・生活歴を含む)\*

検査所見の詳細情報を入力する

脳画像・機能検査  
(複数ある場合は最新データを入力)

未施行  
 施行

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 検査項目<br><input type="text"/>       | <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 異常あり 内容 <input type="text"/> | 検査日<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> |
| <input type="button" value="+追加"/> |  |  |

血液・生化学検査  
(複数ある場合は最新データを入力)

未施行  
 施行

|  |  |                              |                             |
|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 異常あり | 検査日<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> | 検査項目<br><input type="text"/> | 検査値<br><input type="text"/> |
| <input type="button" value="+追加"/>                             |  |                              |                             |

心電図・レントゲン  
その他の検査  
(複数ある場合は最新データを入力)

未施行  
 施行

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| 検査項目<br><input type="text"/>       | <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 異常あり 内容 <input type="text"/> | 検査日<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> |
| <input type="button" value="+追加"/> |  |  |

入院後経過を入力する

入院後経過と退院後の状態\*

社会資源情報の詳細を入力する

社会資源

費目

国保  後期高齢者  社保  生保

年金・手帳等

自立支援医療  手帳 (  精神   障害   身体  )  
 障害年金   その他


サービス

介護保険  要支援1  要支援2  要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5  
 その他  
 成年後見   地域福祉権利擁護事業  自助グループ  その他


退院後の方針

第2層b情報

無し

| <b>BACS</b>          | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 実施日・年齢               | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日  <input type="text"/> 歳   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 言語性記憶                | Ver. <input type="text" value="--"/> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>合計1</th> <th>合計2</th> <th>合計3</th> <th>合計4</th> <th>合計5</th> <th>正解の合計</th> <th>z score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>  |                      | 合計1                  | 合計2                  | 合計3                  | 合計4                  | 合計5                  | 正解の合計                | z score              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |
| 合計1                  | 合計2   | 合計3                  | 合計4                  | 合計5                  | 正解の合計                | z score              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 数字整列                 | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>合計1</th> <th>合計2</th> <th>合計3</th> <th>合計4</th> <th>合計5</th> <th>合計6</th> <th>合計7</th> <th>正解の合計</th> <th>z score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> |                      | 合計1                  | 合計2                  | 合計3                  | 合計4                  | 合計5                  | 合計6                  | 合計7                  | 正解の合計                | z score              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 合計1                  | 合計2   | 合計3                  | 合計4                  | 合計5                  | 合計6                  | 合計7                  | 正解の合計                | z score              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| トークンの数               | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>合計</th> <th>z score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>   |                      | 合計                   | z score              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 合計                   | z score   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 意味及び文字流暢性            | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>動物項目</th> <th>か<br/>で<br/>始まる言葉</th> <th>た<br/>で<br/>始まる言葉</th> <th>正解の合計</th> <th>z score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>  |                      | 動物項目                 | か<br>で<br>始まる言葉      | た<br>で<br>始まる言葉      | 正解の合計                | z score              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 動物項目                 | か<br>で<br>始まる言葉   | た<br>で<br>始まる言葉      | 正解の合計                | z score              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 符号課題                 | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>合計</th> <th>z score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>   |                      | 合計                   | z score              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 合計                   | z score   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| ロンドン塔                | Ver. <input type="text" value="--"/> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>合計</th> <th>z score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>  |                      | 合計                   | z score              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 合計                   | z score   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 総合スコア                | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">平均値を0.56で割った値</th> <th style="width: 50%;">合計点を年齢別のSDで割った値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>  |                      | 平均値を0.56で割った値        | 合計点を年齢別のSDで割った値      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 平均値を0.56で割った値        | 合計点を年齢別のSDで割った値   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| <b>JART-25</b> | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し   |  |
| 実施日            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日  |  |
| 正答数合計          | <input type="text"/>   |  |
| 推定FSIQ         | <input type="text"/>   |  |

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| <b>CGI-S</b> | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し   |  |
| 実施日          | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日  |  |
| スコア          | <input type="text" value="--"/>  |  |



### 第3層カタログ情報

|       |    | 取得有無   | 採血日・検査日  |
|-------|----|--|--|
| 血液検査  |    | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| 血液    | 血清 | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |
|       | 血漿 | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |
| DNA   |    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |
| RNA   |    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |
| リンパ芽球 |    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |
| 髄液    |    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |
| iPS細胞 |    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と別日 |

|     |          | 取得有無   | 検査日  |
|-----|----------|--|--|
| MRI |          | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| MRI | 3D-T1    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と別日 |
|     | 3D-T2    | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と別日 |
|     | DTI      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と別日 |
|     | rsfMRI   | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と別日 |
|     | ニューロメラニン | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と別日 |

|            |             | 取得有無  | 検査日  |
|------------|-------------|---|--|
| 脳波         |             | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| ポリソムノグラフィー |             | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| 心電図        |             | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| 脳組織        | ブレインバンク生前登録 | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | 同意取得日  |
|            |             |   | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |

|     |                      |
|-----|----------------------|
| その他 | <input type="text"/> |
|-----|----------------------|

一時保存

登録する

## 外来サマリー

### 外来サマリー (ベースライン)



未入力

評価日  年  月  日 

性別\*  男性  女性  その他 年齢\*  人種\*

身長・体重・腹囲\* 身長  cm 体重  kg 腹囲  cm

#### プロブレムリスト(精神科診断)\* (診断名は、ICDに準拠して記載、DSM,従来診断の記載も可)

| # | 診断                   | 発症年齢   | 備考(重症度など)  |
|---|----------------------|--|--|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> 歳 <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="text"/>  |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> 歳 <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="text"/>  |

+追加

#### 併存疾患\* (精神疾患と現在併存している、合併している身体疾患の有無)

あり  なし  不明

1

+追加

#### 既往歴\* (精神疾患・身体疾患共通)

あり  なし  不明

1

+追加

#### アレルギー\*

あり  なし  不明

| # | 食品・薬物等               | 反応                   | 発生時期   | 登録日  | 確認法  |
|---|----------------------|----------------------|--|--|--|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <br><input type="checkbox"/> 年不明 <input type="checkbox"/> 月不明 <input type="checkbox"/> 日不明 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日  | <input type="checkbox"/> 本人・家族申告<br><input type="checkbox"/> 医療従事者確認  |

+追加

#### 精神科家族歴\*

あり  なし  不明

1 続柄 (第二度近親者まで: ) 内容 (  )

+追加

その他 (  )

#### 自殺企図歴\*

あり  なし  不明

|                      |   |
|----------------------|---|
| 喫煙歴                  | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明<br>→現在( <input type="radio"/> 喫煙 <input type="radio"/> 禁煙 )   |
| 問題飲酒歴                | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明<br><small>※問題飲酒とは、通常推奨される飲酒量以上の飲酒がされ、しかしアルコール依存の定義を満たさない場合を指す。飲酒のために何らかの精神的または身体的障害が存在する場合に使われる「有害な使用」や、社会的または家庭的問題があれば、本人の精神的・身体的問題の有無にかかわらず診断される「アルコール乱用」を含む。DSM-5において、アルコール関連障害群の診断基準を満たす場合には、主診断ないし副診断へも入力して下さい。</small><br>内容 <input type="text"/> |
| 物質乱用・依存<br>(ニコチンを除く) | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明<br>内容 <input type="text"/>  |
| 行動嗜癖                 | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明<br>内容 <input type="text"/>  |

|                |  |
|----------------|--|
| 最終学歴           | <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 小学校卒業まで <input type="radio"/> 中学校卒業まで <input type="radio"/> 高校中退まで (少なくとも1年以上) <input type="radio"/> 高校卒業まで<br><input type="radio"/> 大学中退または短大・専門学校卒・中退 (少なくとも1年以上) <input type="radio"/> 4年制大学卒業<br><input type="radio"/> 大学院修士卒業以上 (医・歯学部等の6年制教育の学部卒業を含む)   |
| 現在の職業<br>複数選択可 | <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 就労中(障害者枠) <input type="checkbox"/> 就学中 <input type="checkbox"/> 主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 休学中 <input type="checkbox"/> テイクア・就労移行支援<br><input type="checkbox"/> 就労継続支援A B(作業所) <input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> |
| 3か月以内に入院していた*  | <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ   |
| 婚姻状態           | <input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 既婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 死別 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> その他   |

心理社会的状況 (他の項目で書ききれない内容、例えば趣味、信仰、家族構成など)

# 現在の処方(頓服を含む。デボ剤は別の欄に記載)\*

1 薬剤名  用量  mg用法  ✕

# デボ剤

1 薬剤名  用量  mg ✕

|             |   |
|-------------|---|
| クロザピン治療歴    | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明  |
| mECT歴       | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明  |
| 心理社会的介入     | <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> テイクア <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A <input type="checkbox"/> 就労継続支援B <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター<br><input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 精神科入院歴 (過去) | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明  |

薬物療法以外の治療法

|                   |  |
|-------------------|--|
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激)  | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激)  | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| CBT (認知行動療法)      | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| CRT (認知リハビリテーション) | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |

詳細記載

外来情報の詳細を入力する

主治医\*  記入日\*  年  月  日

受診目的・理由・主訴\*

自宅での生活環境の詳細情報を入力する

世帯構成  不明  在宅(同居者あり)  在宅(同居者なし)  入所  その他

ケアギバー  不明  なし  あり   
(ケアギバー：要介護者の日常生活上の援助を無償で行う個人)

現病歴を入力する

現病歴 (発達歴・生育歴・生活歴を含む)\*

検査所見の詳細情報を入力する

|  |                           |                                    |   |                           |
|--|---------------------------|------------------------------------|---|---------------------------|
| 脳画像・機能検査<br>(複数ある場合は最新データを入力)            | <input type="radio"/> 未施行 | 検査項目 <input type="text"/>          | <input type="radio"/> 脳神経波<br><input type="radio"/> 脳波<br>内容 <input type="text"/> | 検査日 <input type="text"/>  |
|  | <input type="radio"/> 施行  | <input type="button" value="+追加"/> |   |                           |
| 血液・生化学検査<br>(複数ある場合は最新データを入力)            | <input type="radio"/> 未施行 | <input type="radio"/> 標準なし         | 検査日 <input type="text"/>  | 検査項目 <input type="text"/> |
|  | <input type="radio"/> 施行  | <input type="radio"/> 異常あり         | <input type="button" value="+追加"/>  |                           |
| 心電図・レントゲン<br>その他の検査<br>(複数ある場合は最新データを入力) | <input type="radio"/> 未施行 | 検査項目 <input type="text"/>          | <input type="radio"/> 標準なし<br><input type="radio"/> 異常あり                          | 検査日 <input type="text"/>  |
|  | <input type="radio"/> 施行  | <input type="button" value="+追加"/> |   |                           |

社会資源情報の詳細を入力する

社会資源

費目  国保  後期高齢者  社保  生保

年金・手帳等  自立支援医療  手帳 (  精神   肢体   身体  )  
 障害年金   その他

サービス  介護保険 (  要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5 )  
 その他  
 成年後見   成年後見制度受託者  任意後見人  その他

今後の方針

第2層b情報

無し

**BACS**  有り  無し

実施日・年齢 年 月 日 歳

言語性記憶 Ver. --v

| 合計1                  | 合計2                  | 合計3                  | 合計4                  | 合計5                  | 正解の合計                | z score              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

数字整理

| 合計1                  | 合計2                  | 合計3                  | 合計4                  | 合計5                  | 合計6                  | 合計7                  | 正解の合計                | z score              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

トークンの数

| 合計                   | z score              |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

意味及び文字流暢性

| 動物項目                 | かた                   | たて                   | 正解の合計                | z score              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 始まる言葉                | 始まる言葉                |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

符号課題

| 合計                   | z score              |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ロンドン塔 Ver. --v

| 合計                   | z score              |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

総合スコア

| 平均値を0.56で割った値        | 合計点を年齢別のSDで割った値      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**JART-25**  有り  無し

実施日 年 月 日

正答数合計

推定FSIQ

**CGI-S**  有り  無し

実施日 年 月 日

スコア --v

### 第3層カタログ情報

|            |                      | 取得有無   | 採血日・検査日  |
|------------|----------------------|--|--|
| 血液検査       |                      | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| 血液         | 血清                   | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
|            | 血漿                   | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
| DNA        |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
| RNA        |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
| リンパ芽球      |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
| 髄液         |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
| iPS細胞      |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 採血日と同日 |
|            |                      | 取得有無   | 検査日  |
| MRI        |                      | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| MRI        | 3D-T1                | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と同日 |
|            | 3D-T2                | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と同日 |
|            | DTI                  | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と同日 |
|            | rsfMRI               | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と同日 |
|            | ニューロメラニン             | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 検査日と同日 |
|            |                      | 取得有無   | 検査日  |
| 脳波         |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| ポリソムノグラフィー |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| 心電図        |                      | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                 |
| 脳組織        | ブレインバンク生前登録          | <input type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し            | <input type="text"/> 検査日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日        |
| その他        | <input type="text"/> |  |  |

一時保存

登録する

## サマリー小児用

サマリー小児用 (ベースライン)

未入力

評価日 年 月 日 

年齢 歳

性別  男性  女性  不明

身長  cm

体重  kg

胸囲  cm

人種  モンゴロイド (両親とも日本人)  それ以外

# 精神科診断名

発生年月

1 年 月 日 

+追加

# 併存疾患名

1  

+追加

# 既往歴

1  

+追加

アレルギー

なし  あり  不明

内容:

精神科家族歴

なし  あり  不明

1 続柄 (第二度近親者まで: ) 内容 (  ) 

2 続柄 (第二度近親者まで: ) 内容 (  ) 

3 続柄 (第二度近親者まで: ) 内容 (  ) 

+追加

その他 (  )

**兄弟**  なし  あり  不明

**両親の婚姻状況**  未婚  既婚  離婚  死別  
 その他

**居住状況**  両親(実父、実母)  実母のみ  実父のみ  義母のみ  
 義父のみ  
 両親(実父、義母)  両親(義父、実母)  
 両親(義父、義母)  
 祖父母宅  親戚宅  里親  児童養護施設  
 不明  
 その他

**喫煙歴**  なし  あり  不明

**飲酒歴**  なし  あり  不明

**物質乱用・依存**  なし  あり  不明

**行動嗜癖**  なし  あり  不明

**在籍する教育機関**  幼稚園  保育園  認定こども園  療育機関  
 小学校  
 普通級  支援級  特別支援学級  通級指導教室  特別支援学校  
 中学校  
 普通級  特別支援学級  通級指導教室  特別支援学校  
 高校  
 普通  支援級  通級  特別支援学校  
 高等専門学校  該当なし  不明

**就学状況**  通学中  不登校  不定期の通学  別室登校  不明

**被虐待歴**  あり  
 身体的  
 性的  
 心理的  
 その他  
 虐待  
 虐待担当者  
 引継ぎ場所の名称:  あり  なし  
 なし  不明



**人間関係の問題**

あり

- 友人との関係
- 家族との関係
- 職場
- 結婚相手との関係
- その他

内容：

なし  不明

**他者への暴力**

あり

- 身体
- 暴言
- 器物破損
- 脅迫
- その他

内容：

なし  不明

**自傷**

あり

内容：

なし  不明

**自殺企図**

あり

内容：

最近2ヶ月の自殺企図回数：回

最近1年6ヶ月の自殺企図回数：回

なし  不明

**クロザピン治療歴**

なし  あり  不明

**mECT歴**

なし  あり  不明

**身体障害者手帳**

なし  あり  不明

**療育手帳**

なし  あり  不明

**精神障害者保健福祉手帳**

なし  あり  不明

**心理社会的介入**

あり

内容：

なし  不明

精神科入院歴

なし  あり  不明

現在の処方

なし  あり

処方内容

| 薬名                   | 処方                   | 1日当たりの用量                 | 用法                   | 処方開始日 - 処方終了日  |
|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> 回/日 | <input type="text"/> | 開始日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br>終了日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |

追加

WISC-IV

実施日 年月日

実施時年月齢 歳か月

全検査IQ (FSIQ) 値

言語理解指標 (VCI) 値

知覚推理指標 (PRI) 値

ワーキングメモリー指標 (WMI) 値

処理速度指標 (PSI) 値

WPPSI-III

実施日 年月日

実施時年月齢 歳か月

全検査IQ (FSIQ) 値

言語理解指標 (VCI) 値

知覚推理指標 (PRI) 値

語い総合得点 (GLC) 値

処理速度指標 (PSI) 値

田中ヒネー知能検査V

実施日 年月日

実施時年月齢 歳か月

精神年齢 歳か月

知能指数

基底年齢 歳

新版K式発達検査

実施日 年 月 日 

実施時年月齢 歳 か月

バージョン

全領域  
発達年齢: 歳 か月  
発達指数:

姿勢・運動領域  
発達年齢: 歳 か月  
発達指数:

認知・適応領域  
発達年齢: 歳 か月  
発達指数:

言語・社会領域  
発達年齢: 歳 か月  
発達指数:

一時保存

保存して進む

## 各入力項目の仕様

各調査票の各入力項目の仕様 (入力タイプ、入力可能なデータ型、選択肢、必須入力要否、エディットチェック) は以下の通り。

### 表の凡例

- ・ **タイトル**  
タイトル名称。CSV 形式での出力データ上の列名となる。
- ・ **入力タイプ**  
ラジオボタン、ドロップボックス、日付等の画面上での入力タイプ。
- ・ **データ型**  
入力可能なデータ型。
- ・ **E**
  - 当該列に●がついている項目はエディットチェック設定あり。データ入力時の誤入力の防止を目的とする。「保存して進む」あるいは「一時保存」を押下時に、当該基準に沿っていない入力値に対して「メッセージ」列のメッセージを画面表示する。当該基準に沿っていない項目がある状態でのデータ保存および一時保存は不可。
  - 当該列に (●) が就いている項目はエディットチェック設定あり。データ入力時の誤入力の防止を目的とする。「保存して進む」を押下時に、当該基準に沿っていない入力値に対して「メッセージ」列のメッセージを画面表示する。当該基準に沿っていない項目がある状態でのデータ保存は不可。一時保存は可能。
- ・ **エディットチェック条件**  
エディットチェックの条件。当該列に記載の入力がなされた状態で「保存して進む」あるいは「一時保存」が押下された場合は、条件を満たさない場合のメッセージを画面表示する。
- ・ **メッセージ**  
エディットチェック条件に該当した場合に画面表示されるメッセージ文言。
- ・ **備考**  
その他備考。

### MINI

| 通し番号 | タイトル | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディットチェック条件          | メッセージ           | 備考 |
|------|------|--------------|----------------|-----|----------------------|-----------------|----|
| 1    | 取得有無 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 2    | 実施日  | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 3    |      |              |                | ●   | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 4    |      |              |                | ●   | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |

### SCID

| 通し番号 | タイトル | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディットチェック条件          | メッセージ           | 備考 |
|------|------|--------------|----------------|-----|----------------------|-----------------|----|
| 1    | 取得有無 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 2    | 実施日  | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 3    |      |              |                | ●   | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 4    |      |              |                | ●   | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |

## PANSS

| 通し<br>番号 | タイトル                                 | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|--------------------------------------|--------------|----------------|-----|------------------------------|---------------------|----|
| 1        | 取得有無                                 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 2        | 実施日                                  | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 3        |                                      |              |                | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 4        |                                      |              |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 5        | 陽性症状 P1. 妄想                          | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 6        | 陽性症状 P2. 概念の<br>統合障害                 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 7        | 陽性症状 P3. 幻覚に<br>よる行動                 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 8        | 陽性症状 P4. 興奮                          | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 9        | 陽性症状 P5. 誇大性                         | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 10       | 陽性症状 P6. 猜疑心                         | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 11       | 陽性症状 P7. 敵意                          | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 12       | 陰性症状 N1. 情動<br>の平板化                  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 13       | 陰性症状 N2. 情動<br>的引きこもり                | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 14       | 陰性症状 N3. 疎通<br>性の障害                  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 15       | 陰性症状 N4. 受動<br>性／意欲低下による<br>社会的ひきこもり | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 16       | 陰性症状 N5. 抽象<br>的思考の困難                | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 17       | 陰性症状 N6. 会話<br>の自発性と流暢さの<br>欠如       | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 18       | 陰性症状 N7. 常同<br>的思考                   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 19       | 総合精神病理評価<br>G1. 心気症                  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 20       | 総合精神病理評価<br>G2. 不安                   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 21       | 総合精神病理評価<br>G3. 罪責感                  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 22       | 総合精神病理評価<br>G4. 緊張                   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 23       | 総合精神病理評価<br>G5. 衝動性と不自然<br>な姿勢       | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 24       | 総合精神病理評価<br>G6. 抑うつ                  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 25       | 総合精神病理評価<br>G7. 運動減退                 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |

| 通し番号 | タイトル                    | 入力タイプ        | データ型 | E   | エディットチェック条件 | メッセージ     | 備考 |
|------|-------------------------|--------------|------|-----|-------------|-----------|----|
| 26   | 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 27   | 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 28   | 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 29   | 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 30   | 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 31   | 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 32   | 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 33   | 総合精神病理評価 G15. 没入性       | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |
| 34   | 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列  | (●) | 未入力         | 入力してください。 |    |

## HAMD

| 通し番号 | タイトル | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディットチェック条件       | メッセージ           | 備考 |
|------|------|--------------|----------------|-----|-------------------|-----------------|----|
| 1    | 取得有無 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 2    | 実施日  | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 3    |      |              |                | ●   | 入力日翌日以降           | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 4    |      |              |                | ●   | 存在しない日付(例: 2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 5    | Q1   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 6    | Q2   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 7    | Q3   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 8    | Q4   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 9    | Q5   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 10   | Q6   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 11   | Q7   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 12   | Q8   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 13   | Q9   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 14   | Q10  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 15   | Q11  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 16   | Q12  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 17   | Q13  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 18   | Q14  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 19   | Q15  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 20   | Q16  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 21   | Q17  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |

| 通し番号 | タイトル   | 入力タイプ | データ型 | E | エディットチェック条件 | メッセージ | 備考 |
|------|--------|-------|------|---|-------------|-------|----|
| 22   | QSCORE | 変数    | 文字列  |   |             |       |    |

## MADRS

| 通し番号 | タイトル   | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディットチェック条件      | メッセージ            | 備考 |
|------|--------|--------------|----------------|-----|------------------|------------------|----|
| 1    | 取得有無   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 2    | 実施日    | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 3    |        |              |                | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。   |    |
| 4    |        |              |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。  |    |
| 5    | Q1     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 6    | Q2     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 7    | Q3     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 8    | Q4     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 9    | Q5     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 10   | Q6     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 11   | Q7     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 12   | Q8     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 13   | Q9     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 14   | Q10    | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 15   | 開始時刻_時 | テキストボックス     | 整数(0~23)       | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 16   |        |              |                | ●   | 0未満              | 0以上の値を入力してください。  |    |
| 17   |        |              |                | ●   | 24以上             | 23以下の値を入力してください。 |    |
| 18   |        |              |                | ●   | 整数以外             | 整数を入力してください。     |    |
| 19   | 開始時刻_分 | テキストボックス     | 整数(0~59)       | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 20   |        |              |                | ●   | 0未満              | 0以上の値を入力してください。  |    |
| 21   |        |              |                | ●   | 60以上             | 59以下の値を入力してください。 |    |
| 22   |        |              |                | ●   | 整数以外             | 整数を入力してください。     |    |
| 23   | 終了時刻_時 | テキストボックス     | 整数(0~23)       | (●) | 未入力              | 入力してください。        |    |
| 24   |        |              |                | ●   | 0未満              | 0以上の値を入力してください。  |    |
| 25   |        |              |                | ●   | 24以上             | 23以下の値を入力してください。 |    |
| 26   |        |              |                | ●   | 整数以外             | 整数を入力してください。     |    |

| 通し番号 | タイトル   | 入力タイプ    | データ型      | E   | エディットチェック条件 | メッセージ             | 備考 |
|------|--------|----------|-----------|-----|-------------|-------------------|----|
| 27   | 終了時刻_分 | テキストボックス | 整数 (0~59) | (●) | 未入力         | 入力してください。         |    |
| 28   |        |          |           | ●   | 0 未満        | 0 以上の値を入力してください。  |    |
| 29   |        |          |           | ●   | 60 以上       | 59 以下の値を入力してください。 |    |
| 30   |        |          |           | ●   | 整数以外        | 整数を入力してください。      |    |
| 31   | 総スコア   | 変数       | 文字列       |     |             |                   |    |

## YMRS

| 通し番号 | タイトル | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディットチェック条件       | メッセージ           | 備考 |
|------|------|--------------|----------------|-----|-------------------|-----------------|----|
| 1    | 取得有無 | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 2    | 実施日  | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 3    |      |              |                | ●   | 入力日翌日以降           | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 4    |      |              |                | ●   | 存在しない日付(例: 2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 5    | Q1   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 6    | Q2   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 7    | Q3   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 8    | Q4   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 9    | Q5   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 10   | Q6   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 11   | Q7   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 12   | Q8   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 13   | Q9   | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 14   | Q10  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |
| 15   | Q11  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力               | 入力してください。       |    |

## AIS



| 通し<br>番号 | タイトル  | 入力タイプ        | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|-------|--------------|----------------|-----|------------------------------|---------------------|----|
| 1        | 取得有無  | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 2        | 実施日   | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 3        |       |              |                | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 4        |       |              |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 5        | A     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 6        | B     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 7        | C     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 8        | D     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 9        | E     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 10       | F     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 11       | G     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 12       | H     | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 13       | TOTAL | 変数           | 文字列            |     |                              |                     |    |

## 退院サマリー

| 通し<br>番号 | タイトル  | 入力タイプ         | データ型                                | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ                    | 備考   |
|----------|---|---------------|-------------------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|--|
| 1        | 評価日   | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd)                      | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 2        |   |               |                                     | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。       |  |
| 3        |   |               |                                     | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。      |  |
| 4        | 性別  | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 5        | 年齢  | テキストボックス      | 整数                                  | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 6        |   |               |                                     | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。         |  |
| 7        | 人種  | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 8        | 身長  | テキストボックス      | 小数(第1位まで)                           | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 9        |   |               |                                     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能   |
| 10       | 体重  | テキストボックス      | 小数(第1位まで)                           | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 11       |   |               |                                     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能   |
| 12       | 腹囲  | テキストボックス      | 小数(第1位まで)                           | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能   |
| 13       | プロブレムリスト*<br>(診断名は基本的に<br>ICDに準拠して記載<br>する。ただし、従来<br>診断の記載も可能と<br>する。身体合併症も<br>含む。) | 繰り返し入力数       | 整数                                  | (●) | 未入力                          | データを入力してくだ<br>さい。        | 繰り返し入力数が入<br>力用の行数となる。<br>行内の必須項目が1<br>つも入力されていな<br>い場合、メッセージ<br>が表示される。 |
| 14       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_診断<br>名  | テキストボックス      | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 15       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_発生<br>時期   | 日付            | 日付<br>(yyyy/mm/dd)(年/<br>月/日の不明を許容) | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 16       |   |               |                                     | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。       |  |
| 17       |   |               |                                     | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。      |  |
| 18       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_疾患<br>分類   | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 19       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_転帰   | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |
| 20       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_発症<br>年齢   | テキストボックス      | 整数(0~120)                           | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |  |

| 通し番号 | タイトル                       | 入力タイプ          | データ型                            | E   | エディットチェック条件      | メッセージ             | 備考 |
|------|----------------------------|----------------|---------------------------------|-----|------------------|-------------------|----|
| 21   |                            |                |                                 | ●   | 0未満              | 0以上の値を入力してください。   |    |
| 22   |                            |                |                                 | ●   | 121以上            | 120以下の値を入力してください。 |    |
| 23   |                            |                |                                 | ●   | 整数以外             | 整数を入力してください       |    |
| 24   | 診断・プロブレムリスト(行番号)_発症年齢_不明   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 25   | 診断・プロブレムリスト(行番号)_備考(重症度など) | テキストエリア        | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 26   | 併存疾患_有無                    | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                             | (●) | 未入力              | 入力してください。         |    |
| 27   | 併存疾患_行数                    | 繰り返し入力数        | 整数                              |     |                  |                   |    |
| 28   | 併存疾患(行番号)_詳細               | テキストボックス       | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 29   | 既往歴_有無                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                             | (●) | 未入力              | 入力してください。         |    |
| 30   | 既往歴_行数                     | 繰り返し入力数        | 整数                              |     |                  |                   |    |
| 31   | 既往歴(行番号)_詳細                | テキストボックス       | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 32   | アレルギー_有無                   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                             | (●) | 未入力              | 入力してください。         |    |
| 33   | アレルギー_行数                   | 繰り返し入力数        | 整数                              |     |                  |                   |    |
| 34   | アレルギー(行番号)_食品・薬物等          | テキストボックス       | 文字列                             | (●) | 未入力              | 入力してください。         |    |
| 35   | アレルギー(行番号)_反応              | テキストボックス       | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 36   | アレルギー(行番号)_発生時期            | 日付             | 日付<br>(yyyy/mm/dd)(年/月/日の不明を許容) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。    |    |
| 37   |                            |                |                                 | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。   |    |
| 38   | アレルギー(行番号)_登録日             | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd)                  | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。    |    |
| 39   |                            |                |                                 | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。   |    |
| 40   | アレルギー(行番号)_確認法             | 複数選択(チェックボックス) | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 41   | アレルギー(行番号)_コメント            | テキストエリア        | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 42   | 家族歴_有無                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                             | (●) | 未入力              | 入力してください。         |    |
| 43   | 家族歴_行数                     | 繰り返し入力数        | 整数                              |     |                  |                   |    |
| 44   | 家族歴(行番号)_続柄                | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 45   | 家族歴(行番号)_内容                | テキストボックス       | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 46   | 家族歴_その他                    | テキストボックス       | 文字列                             |     |                  |                   |    |
| 47   | 自殺企図歴_有無                   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                             | (●) | 未入力              | 入力してください。         |    |
| 48   | 自殺企図歴_ありの場合                | 複数選択(チェックボックス) | 文字列                             |     |                  |                   |    |

| 通し<br>番号 | タイトル   | 入力タイプ          | データ型      | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件  | メッセージ                    | 備考                     |
|----------|--|----------------|-----------|-----|----------------------|--------------------------|------------------------|
| 49       | 自殺企図_内容  | テキストボックス       | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 50       | 喫煙歴_有無   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 51       | 喫煙歴_現在   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 52       | 問題飲酒歴_有無   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 53       | 問題飲酒歴_内容   | テキストボックス       | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 54       | 物質乱用歴_有無   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 55       | 物質乱用歴_内容   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 56       | 物質乱用歴_その他<br>薬剤名                                       | テキストボックス       | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 57       | 物質乱用歴_内容   | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 58       | 行動嗜癖_有無  | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 59       | 行動嗜癖_内容  | テキストボックス       | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 60       | 最終学歴   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 61       | 現在の職業  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 62       | 現在の職業_その他_<br>詳細                                       | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 63       | 婚姻状態   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 64       | 心理社会的状況(他<br>の項目で書ききれな<br>い内容、例えば趣<br>味、信仰、家族構成<br>など) | テキストエリア        | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 65       | 入院直前処方(デボ<br>剤や頓服も入力)なし                                | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 66       | 入院直前処方_行数  | 繰り返し入力数        | 整数        |     |                      |                          |                        |
| 67       | 入院直前処方(行番<br>号)_薬剤名                                    | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 68       | 入院直前処方(行番<br>号)_用量                                     | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 69       |  |                |           | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上 | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 70       | 入院直前処方(行番<br>号)_用法                                     | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 71       | 入院直前処方<br>_Depot_行数                                    | 繰り返し入力数        | 整数        |     |                      |                          |                        |
| 72       | 入院直前処方<br>_Depot(行番号)_薬<br>剤名                          | テキストボックス       | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 73       | 入院直前処方<br>_Depot(行番号)_用<br>量                           | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上 | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 74       | 退院時処方(デボ剤<br>や頓服も入力)なし                                 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |                      |                          |                        |
| 75       | 退院時処方_行数   | 繰り返し入力数        | 整数        |     |                      |                          |                        |
| 76       | 退院時処方(行番<br>号)_薬剤名                                     | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 77       | 退院時処方(行番<br>号)_用量                                      | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 78       |  |                |           | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上 | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |

| 通し<br>番号 | タイトル                       | 入力タイプ          | データ型      | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | メッセージ                | 備考                 |
|----------|----------------------------|----------------|-----------|-----|---------------------|----------------------|--------------------|
| 79       |                            |                |           | ●   | 0未満                 | 0以上の値を入力してください。      |                    |
| 80       | 退院時処方(行番号)_用法              | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 81       | 退院時処方_Depot_行数             | 繰り返し入力数        | 整数        |     |                     |                      |                    |
| 82       | 退院時処方_Depot(行番号)_薬剤名       | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 83       | 退院時処方_Depot(行番号)_用量        | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | ●   | 小数点以下の桁数が2以上        | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 84       |                            |                |           | ●   | 0未満                 | 0以上の値を入力してください。      |                    |
| 85       | 処方歴(長期の場合は5年を目安とする)        | 繰り返し入力数        | 整数        |     |                     |                      |                    |
| 86       | 処方歴(行番号)_薬剤名               | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 87       | 処方歴(行番号)_最大用量              | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | ●   | 小数点以下の桁数が2以上        | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 88       | 処方歴(行番号)_処方期間              | テキストボックス       | 整数        | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。         |                    |
| 89       | 処方歴(行番号)_効果                | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 90       | 処方歴(行番号)_副作用               | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 91       | 処方歴_備考                     | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 92       | クロザピン治療歴                   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 93       | mECT 歴                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 94       | 心理社会的介入                    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 95       | 精神科入院歴                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 96       | rTMS(反復経頭蓋磁気刺激)            | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 97       | tDCS(経頭蓋直流電気刺激)            | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 98       | CBT(認知行動療法)                | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 99       | CRT(認知リハビリテーション)           | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 100      | 薬物療法以外の治療法_行数              | 繰り返し入力数        | 整数        |     |                     |                      |                    |
| 101      | 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法    | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 102      | 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法その他 | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 103      | 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果     | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列       |     |                     |                      |                    |

| 通し<br>番号 | タイトル                           | 入力タイプ          | データ型           | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|--------------------------------|----------------|----------------|---|------------------------------|---------------------|----|
| 104      | 入院中の薬物療法以<br>外の治療法(行番<br>号)_備考 | テキストエリア        | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 105      | 入院中の行動制限                       | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 106      | 入院中の行動制限_<br>制限                | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 107      | 詳細記載                           | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 108      | 入院情報の詳細を入<br>力する               | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 109      | 入院日                            | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 110      |                                |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例:2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 111      | 退院日                            | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 112      |                                |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例:2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 113      | 入院目的等                          | テキストエリア        | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 114      | 主治医・担当医_主<br>治医_名              | テキストボックス       | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 115      | 主治医・担当医_主<br>治医_記載者・承認<br>者    | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 116      | 主治医・担当医_担<br>当医①_名             | テキストボックス       | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 117      | 主治医・担当医_担<br>当医①_記載者・承認<br>者   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 118      | 主治医・担当医_担<br>当医②_名             | テキストボックス       | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 119      | 主治医・担当医_担<br>当医②_記載者・承認<br>者   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 120      | 主治医・担当医_担<br>当医③_名             | テキストボックス       | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 121      | 主治医・担当医_担<br>当医③_記載者・承認<br>者   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 122      | 主治医・担当医_担<br>当医④_名             | テキストボックス       | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 123      | 主治医・担当医_担<br>当医④_記載者・承認<br>者   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 124      | 主治医・担当医_担<br>当医⑤_名             | テキストボックス       | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 125      | 主治医・担当医_担<br>当医⑤_記載者・承認<br>者   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 126      | 入院形態                           | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                      | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | メッセージ           | 備考 |
|----------|---------------------------|----------------|----------------|-----|---------------------|-----------------|----|
| 127      | 入院形態_その他_詳細               | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 128      | 退院先                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 129      | 退院先_自宅_通院詳細               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 130      | 退院先_施設_通院詳細               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 131      | 退院先_転院_通院詳細               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 132      | 退院先_その他_詳細                | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 133      | 退院後の詳細情報を入力する             | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 134      | 世帯構成                      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 135      | 世帯構成_その他_詳細               | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 136      | ケアギバー                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 137      | ケアギバー_詳細                  | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 138      | 現病歴を入力する                  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 139      | 現病歴(発達歴・生育歴・生活歴を含む)       | テキストエリア        | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 140      | 検査所見の詳細情報を入力する            | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 141      | 脳画像・機能検査_施行               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 142      | 脳画像・機能検査内部_行数             | 繰り返し入力数        | 整数             |     |                     |                 |    |
| 143      | 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目        | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 144      | 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目<br>その他 | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 145      | 脳画像・機能検査(行番号)_異常有無        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 146      | 脳画像・機能検査(行番号)_異常内容        | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 147      | 脳画像・機能検査(行番号)_検査日         | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降             | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 148      |                           |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日)    | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 149      | 血液生化学検査_施行                | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 150      | 血液生化学検査_異常有無              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 151      | 血液生化学検査_検査日               | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降             | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 152      |                           |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日)    | 正しい日付を入力してください。 |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                        | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | メッセージ           | 備考 |
|----------|-----------------------------|----------------|----------------|-----|---------------------|-----------------|----|
| 153      | 血液生化学検査行数_行数                | 繰り返し入力数        | 整数             |     |                     |                 |    |
| 154      | 血液生化学検査(行番号)_検査項目           | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 155      | 血液生化学検査(行番号)_検査項目その他        | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 156      | 血液生化学検査(行番号)_検査値            | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 157      | 心電図レントゲンその他の検査_施行           | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 158      | 心電図レントゲンその他の検査_行数           | 繰り返し入力数        | 整数             |     |                     |                 |    |
| 159      | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目    | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 160      | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目その他 | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 161      | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_異常有無    | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 162      | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_内容      | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                 | 入力してください。       |    |
| 163      | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査日     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降             | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 164      |                             |                |                | ●   | 存在しない日付(例：2月30日)    | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 165      | 入院後経過を入力する                  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 166      | 入院後経過と退院後の状態                | テキストエリア        | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 167      | 社会資源情報の詳細を入力する              | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 168      | 費目                          | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 169      | 年金手帳等                       | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 170      | 年金手帳等_手帳                    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 171      | 年金手帳等_手帳_精神_級               | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 172      | 年金手帳等_手帳_療育_級               | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 173      | 年金手帳等_手帳_身体_級               | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 174      | 年金手帳等_障害年金_級                | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 175      | 年金手帳等_その他_詳細                | テキストボックス       | 文字列            |     |                     |                 |    |
| 176      | サービス                        | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                     |                 |    |



| 通し<br>番号 | タイトル                         | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件           | メッセージ                 | 備考 |
|----------|------------------------------|----------------|----------------|-----|-------------------------------|-----------------------|----|
| 177      | サービス_医療サー<br>ビス              | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 178      | サービス_医療サー<br>ビス_その他_詳細       | テキストボックス       | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 179      | サービス_障害福祉<br>サービス            | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 180      | サービス_障害福祉<br>サービス_自立訓練<br>詳細 | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 181      | サービス_障害福祉<br>サービス_その他_詳<br>細 | テキストボックス       | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 182      | サービス_介護保険_<br>級              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 183      | サービス_介護保険<br>サービス            | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 184      | サービス_介護保険<br>サービス_その他_詳<br>細 | テキストボックス       | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 185      | サービス_行政サー<br>ビス              | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 186      | サービス_行政サー<br>ビス_その他_詳細       | テキストボックス       | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 187      | サービス_その他                     | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 188      | サービス_その他_成<br>年後見_種別         | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 189      | サービス_その他_そ<br>の他_詳細          | テキストボックス       | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 190      | 退院後の方針                       | テキストエリア        | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 191      | 第2層 b 情報取得<br>無し             | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 192      | 第2層 b 情報取得<br>無しの理由          | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                           | 入力してください。             |    |
| 193      | BACS_取得                      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力                           | 入力してください。             |    |
| 194      | BACS_実施日                     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌<br>日以降                   | 未来の日付は入力でき<br>ません。    |    |
| 195      |                              |                |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例: 2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。   |    |
| 196      | BACS_年齢                      | テキストボックス       | 整数 (0~120)     | (●) | 未入力                           | 入力してください。             |    |
| 197      |                              |                |                | ●   | 0未満                           | 0以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 198      |                              |                |                | ●   | 121以上                         | 120以下の値を入力し<br>てください。 |    |
| 199      |                              |                |                | ●   | 整数以外                          | 整数を入力してくださ<br>い       |    |
| 200      | BACS_言語性記憶<br>_Version       | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            |     |                               |                       |    |
| 201      | BACS_言語性記憶_<br>合計 1          | テキストボックス       | 整数             | ●   | 整数以外                          | 整数を入力してくださ<br>い。      |    |
| 202      | BACS_言語性記憶_<br>合計 2          | テキストボックス       | 整数             | ●   | 整数以外                          | 整数を入力してくださ<br>い。      |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                   | 入力タイプ         | データ型 | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | メッセージ        | 備考 |
|----------|------------------------|---------------|------|---|---------------------|--------------|----|
| 203      | BACS_言語性記憶_合計 3        | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 204      | BACS_言語性記憶_合計 4        | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 205      | BACS_言語性記憶_合計 5        | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 206      | BACS_言語性記憶_正解の合計       | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 207      | BACS_言語性記憶_zscore      | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 208      | BACS_数字整列_合計 1         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 209      | BACS_数字整列_合計 2         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 210      | BACS_数字整列_合計 3         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 211      | BACS_数字整列_合計 4         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 212      | BACS_数字整列_合計 5         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 213      | BACS_数字整列_合計 6         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 214      | BACS_数字整列_合計 7         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 215      | BACS_数字整列_正解の合計        | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 216      | BACS_数字整列_zscore       | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 217      | BACS_トークンの数_合計         | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 218      | BACS_トークンの数_zscore     | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 219      | BACS_意味及び文字流暢性_動物項目    | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 220      | BACS_意味及び文字流暢性_かで始める言葉 | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 221      | BACS_意味及び文字流暢性_たで始める言葉 | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 222      | BACS_意味及び文字流暢性_正解の合計   | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 223      | BACS_意味及び文字流暢性_zscore  | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 224      | BACS_符号課題_合計           | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |
| 225      | BACS_符号課題_zscore       | 変数            | 文字列  |   |                     |              |    |
| 226      | BACS_ロンドン塔_Version     | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列  |   |                     |              |    |
| 227      | BACS_ロンドン塔_合計          | テキストボックス      | 整数   | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。 |    |

| 通し番号 | タイトル                 | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディットチェック条件      | メッセージ           | 備考 |
|------|----------------------|----------------|----------------|-----|------------------|-----------------|----|
| 228  | BACS_ロンドン塔_zscore    | 変数             | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 229  | BACS_合計_z_score      | 変数             | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 230  | BACS_平均値を0.56で割った値   | 変数             | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 231  | BACS_合計点を年齢別のSDで割った値 | 変数             | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 232  | JART-25_取得           | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 233  | JART_25_実施日          | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 234  |                      |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 235  | JART_25_正答数合計        | テキストボックス       | 整数             | ●   | 整数以外             | 整数を入力してください。    |    |
| 236  | JART_25_推定FSIQ       | 変数             | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 237  | CGI-S_取得             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 238  | CGI-S_実施日            | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 239  |                      |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 240  | CGI-S_スコア            | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 241  | 血液検査取得有無             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 242  | 血液検査日                | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 243  |                      |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 244  | 血液_血清_取得             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 245  | 血清_取得日               | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 246  |                      |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 247  | 血清_採血日と別日            | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 248  | 血液_血漿_取得             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 249  | 血漿_取得日               | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 250  |                      |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 251  | 血漿_採血日と別日            | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 252  | DNA_取得               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 253  | DNA_取得日              | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |

| 通し番号 | タイトル          | 入力タイプ          | データ型           | E | エディットチェック条件          | メッセージ           | 備考 |
|------|---------------|----------------|----------------|---|----------------------|-----------------|----|
| 254  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 255  | DNA_採血日と別日    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 256  | RNA_取得        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 257  | RNA_取得日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 258  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 259  | RNA_採血日と別日    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 260  | リンパ芽球_取得      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 261  | リンパ芽球_取得日     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 262  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 263  | リンパ芽球_採血日と別日  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 264  | 髄液_取得         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 265  | 髄液_取得日        | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 266  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 267  | 髄液_採血日と別日     | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 268  | iPS細胞_取得      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 269  | iPS細胞_取得日     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 270  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 271  | iPS細胞_採血日と別日  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 272  | MRI取得有無       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 273  | MRI検査日        | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 274  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 275  | MRI_SD-T1_取得  | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 276  | MRI_3D-T1_取得日 | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 277  |               |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |

| 通し番号 | タイトル              | 入力タイプ          | データ型           | E | エディットチェック条件      | メッセージ           | 備考 |
|------|-------------------|----------------|----------------|---|------------------|-----------------|----|
| 278  | MRI_SD-T1_検査日と別日  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 279  | MRI_SD-T2_取得      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 280  | MRI_3D-T2_取得日     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 281  |                   |                |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 282  | MRI_SD-T2_検査日と別日  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 283  | MRI_DTI_取得        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 284  | MRI_DTI_取得日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 285  |                   |                |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 286  | MRI_DTI_検査日と別日    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 287  | MRI_rsfMRI_取得     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 288  | MRI_rsfMRI_取得日    | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 289  |                   |                |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 290  | MRI_rsfMRI_検査日と別日 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 291  | MRI_ニューロメラニン_取得   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 292  | MRI_ニューロメラニン_取得日  | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 293  |                   |                |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 294  | ニューロメラニン_検査日と別日   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 295  | 脳波_取得             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 296  | 脳波_検査日            | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 297  |                   |                |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 298  | ポリソムノグラフィ_取得      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                  |                 |    |
| 299  | ポリソムノグラフィ_検査日     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 300  |                   |                |                | ● | 存在しない日付          | 正しい日付を入力してください。 |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                        | 入力タイプ        | データ型           | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|-----------------------------|--------------|----------------|---|------------------------------|---------------------|----|
|          |                             |              |                |   | (例：2月<br>30日)                |                     |    |
| 301      | 心電図_取得                      | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 302      | 心電図_検査日                     | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 303      |                             |              |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 304      | 脳組織_ブレインバ<br>ンク生前登録_取得      | 単一選択(ラジオボタン) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 305      | 脳組織_ブレインバ<br>ンク生前登録_同意<br>日 | 日付           | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 306      |                             |              |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 307      | その他                         | テキストエリア      | 文字列            |   |                              |                     |    |

## 外来サマリー

| 通し<br>番号 | タイトル  | 入力タイプ         | データ型                                | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ                    | 備考                     |
|----------|---|---------------|-------------------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1        | 評価日   | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd)                      | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 2        |   |               |                                     | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。       |                        |
| 3        |   |               |                                     | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。      |                        |
| 4        | 性別  | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 5        | 年齢  | テキストボックス      | 整数                                  | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 6        |   |               |                                     | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。         |                        |
| 7        | 人種  | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 8        | 身長  | テキストボックス      | 小数(第1位まで)                           | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 9        |   |               |                                     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 10       | 体重  | テキストボックス      | 小数(第1位まで)                           | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 11       |   |               |                                     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 12       | 腹囲  | テキストボックス      | 小数(第1位まで)                           |     | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 13       | プロブレムリスト*<br>(診断名は基本的に<br>ICDに準拠して記載<br>する。ただし、従来<br>診断の記載も可能と<br>する。身体合併症も<br>含む。) | 繰り返し入力数       | 整数                                  |     |                              |                          |                        |
| 14       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_診断<br>名  | テキストボックス      | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 15       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_発生<br>時期   | 日付            | 日付<br>(yyyy/mm/dd)(年/<br>月/日の不明を許容) | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 16       |   |               |                                     | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。       |                        |
| 17       |   |               |                                     | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。      |                        |
| 18       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_疾患<br>分類   | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 19       | 診断・プロブレムリ<br>スト(行番号)_転帰   | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |

| 通し<br>番号 | タイトル                               | 入力タイプ          | データ型                                | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ                  | 備考 |
|----------|------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----|------------------------------|------------------------|----|
| 20       | 診断・プロブレムリス<br>ト(行番号)_発症<br>年齢      | テキストボックス       | 整数 (0~120)                          | (●) | 未入力                          | 入力してください。              |    |
| 21       |                                    |                |                                     | ●   | 0 未満                         | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 22       |                                    |                |                                     | ●   | 121 以上                       | 120 以下の値を入力し<br>てください。 |    |
| 23       |                                    |                |                                     | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 24       | 診断・プロブレムリス<br>ト(行番号)_発症<br>年齢_不明   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 25       | 診断・プロブレムリス<br>ト(行番号)_備考<br>(重症度など) | テキストエリア        | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 26       | 併存疾患_有無                            | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。              |    |
| 27       | 併存疾患_行数                            | 繰り返し入力数        | 整数                                  |     |                              |                        |    |
| 28       | 併存疾患(行番号)_<br>詳細                   | テキストボックス       | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 29       | 既往歴_有無                             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。              |    |
| 30       | 既往歴_行数                             | 繰り返し入力数        | 整数                                  |     |                              |                        |    |
| 31       | 既往歴(行番号)_詳<br>細                    | テキストボックス       | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 32       | アレルギー_有無                           | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。              |    |
| 33       | アレルギー_行数                           | 繰り返し入力数        | 整数                                  |     |                              |                        |    |
| 34       | アレルギー(行番<br>号)_食品・薬物等              | テキストボックス       | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。              |    |
| 35       | アレルギー(行番<br>号)_反応                  | テキストボックス       | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 36       | アレルギー(行番<br>号)_発生時期                | 日付             | 日付<br>(yyyy/mm/dd)(年/<br>月/日の不明を許容) | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。     |    |
| 37       |                                    |                |                                     | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。    |    |
| 38       | アレルギー(行番<br>号)_登録日                 | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd)                      | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。     |    |
| 39       |                                    |                |                                     | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。    |    |
| 40       | アレルギー(行番<br>号)_確認法                 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 41       | アレルギー(行番<br>号)_コメント                | テキストエリア        | 文字列                                 |     |                              |                        |    |
| 42       | 家族歴_有無                             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列                                 | (●) | 未入力                          | 入力してください。              |    |
| 43       | 家族歴_行数                             | 繰り返し入力数        | 整数                                  |     |                              |                        |    |



| 通し<br>番号 | タイトル                         | 入力タイプ          | データ型      | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | メッセージ                | 備考                 |
|----------|------------------------------|----------------|-----------|-----|---------------------|----------------------|--------------------|
| 44       | 家族歴(行番号)_続柄                  | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 45       | 家族歴(行番号)_内容                  | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 46       | 家族歴_その他                      | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 47       | 自殺企図歴_有無                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 48       | 自殺企図歴_ありの場合                  | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 49       | 自殺企図_内容                      | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 50       | 喫煙歴_有無                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 51       | 喫煙歴_現在                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 52       | 問題飲酒歴_有無                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 53       | 問題飲酒歴_内容                     | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 54       | 物質乱用歴_有無                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 55       | 物質乱用歴_内容                     | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 56       | 物質乱用歴_その他薬剤名                 | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 57       | 物質乱用歴_内容                     | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 58       | 行動嗜癖_有無                      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 59       | 行動嗜癖_内容                      | テキストボックス       | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 60       | 最終学歴                         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 61       | 現在の職業                        | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 62       | 現在の職業_その他_詳細                 | テキストボックス       | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 63       | 3か月以内入院                      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 64       | 1週間当たりの平均の時間_一般の賃金雇用         | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 65       |                              |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上        | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 66       | 1週間当たりの平均の時間_一般の賃金雇用_不明      | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |                     |                      |                    |
| 67       | 1週間当たりの平均の時間_障害福祉サービスに係る仕事など | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力                 | 入力してください。            |                    |
| 68       |                              |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上        | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 69       | 1週間当たりの平均の時間_障害福祉サ           | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |                     |                      |                    |

| 通し番号 | タイトル                          | 入力タイプ          | データ型      | E   | エディットチェック条件  | メッセージ                | 備考                 |
|------|-------------------------------|----------------|-----------|-----|--------------|----------------------|--------------------|
|      | ービスに係る仕事など_不明                 |                |           |     |              |                      |                    |
| 70   | 1週間当たりの平均の時間_同居人のための家庭での家事    | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力          | 入力してください。            |                    |
| 71   |                               |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上 | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 72   | 1週間当たりの平均の時間_同居人のための家庭での家事_不明 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |              |                      |                    |
| 73   | 1週間当たりの平均の時間_自分のための家事         | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力          | 入力してください。            |                    |
| 74   |                               |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上 | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 75   | 1週間当たりの平均の時間_自分のための家事_不明      | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |              |                      |                    |
| 76   | 1週間当たりの平均の時間_家庭での育児・介護        | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力          | 入力してください。            |                    |
| 77   |                               |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上 | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 78   | 1週間当たりの平均の時間_家庭での育児・介護_不明     | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |              |                      |                    |
| 79   | 1週間当たりの平均の時間_学校の授業時間          | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力          | 入力してください。            |                    |
| 80   |                               |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上 | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 81   | 1週間当たりの平均の時間_学校の授業時間_不明       | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |              |                      |                    |
| 82   | 1週間当たりの平均の時間_家庭学習や塾など         | テキストボックス       | 小数(第1位まで) | (●) | 未入力          | 入力してください。            |                    |
| 83   |                               |                |           | ●   | 小数点以下の桁数が2以上 | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 84   | 1週間当たりの平均の時間_家庭学習や塾など_不明      | 複数選択(チェックボックス) | 文字列       |     |              |                      |                    |
| 85   | 婚姻状態                          | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列       | (●) | 未入力          | 入力してください。            |                    |
| 86   | 心理社会的状況(他の項目で書ききれない内容、例えば趣    | テキストエリア        | 文字列       |     |              |                      |                    |

| 通し<br>番号 | タイトル                         | 入力タイプ          | データ型       | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件  | メッセージ                    | 備考                     |
|----------|------------------------------|----------------|------------|-----|----------------------|--------------------------|------------------------|
|          | 味、信仰、家族構成<br>など)             |                |            |     |                      |                          |                        |
| 87       | 現在の処方_行数                     | 繰り返し入力数        | 整数         |     |                      |                          |                        |
| 88       | 現在の処方(行番<br>号)_薬剤名           | テキストボックス       | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 89       | 現在の処方(行番<br>号)_用量            | テキストボックス       | 小数 (第1位まで) |     | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上 | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 90       | 現在の処方(行番<br>号)_用法            | テキストボックス       | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 91       | 現在の処方_Depot_<br>行数           | 繰り返し入力数        | 整数         |     |                      |                          |                        |
| 92       | 現在の処方<br>_Depot(行番号)_薬<br>剤名 | テキストボックス       | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 93       | 現在の処方<br>_Depot(行番号)_用<br>量  | テキストボックス       | 小数 (第1位まで) |     | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上 | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 94       | 処方歴(長期の場合<br>は5年を目安とす<br>る)  | 繰り返し入力数        | 整数         |     |                      |                          |                        |
| 95       | 処方歴(行番号)_薬<br>剤名             | テキストボックス       | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 96       | 処方歴(行番号)_最<br>大用量            | テキストボックス       | 小数 (第1位まで) |     | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上 | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 97       | 処方歴(行番号)_処<br>方期間            | テキストボックス       | 整数         | ●   | 整数以外                 | 整数を入力してくださ<br>い。         |                        |
| 98       | 処方歴(行番号)_効<br>果              | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 99       | 処方歴(行番号)_副<br>作用             | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 100      | 処方歴_備考                       | テキストボックス       | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 101      | クロザピン治療歴                     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 102      | mECT 歴                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 103      | 心理社会的介入                      | 複数選択(チェックボックス) | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 104      | 精神科入院歴                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        | (●) | 未入力                  | 入力してください。                |                        |
| 105      | rTMS (反復経頭蓋<br>磁気刺激)         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 106      | tDCS (経頭蓋直流<br>電気刺激)         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 107      | CBT (認知行動療<br>法)             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 108      | CRT (認知リハビ<br>リテーション)        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列        |     |                      |                          |                        |
| 109      | 薬物療法以外の治療<br>法_行数            | 繰り返し入力数        | 整数         |     |                      |                          |                        |

| 通し番号 | タイトル                       | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディットチェック条件      | メッセージ           | 備考 |
|------|----------------------------|----------------|----------------|-----|------------------|-----------------|----|
| 110  | 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法        | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 111  | 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法<br>その他 | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 112  | 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果         | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 113  | 薬物療法以外の治療法(行番号)_備考         | テキストエリア        | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 114  | 詳細記載                       | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 115  | 外来情報の詳細を入力する               | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 116  | 主治医                        | テキストボックス       | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 117  | 記入日                        | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 118  |                            |                |                | ●   | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 119  | 受診目的・理由・主訴                 | テキストボックス       | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 120  | 自宅での生活環境の詳細情報を入力する         | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 121  | 世帯構成                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 122  | 世帯構成_その他_詳細                | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 123  | ケアギバー                      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 124  | ケアギバー_詳細                   | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 125  | 現病歴を入力する                   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 126  | 現病歴(発達歴・生育歴・生活歴を含む)        | テキストエリア        | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 127  | 検査所見の詳細情報を入力する             | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 128  | 脳画像・機能検査_施行                | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 129  | 脳画像・機能検査内部_行数              | 繰り返し入力数        | 整数             |     |                  |                 |    |
| 130  | 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目         | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 131  | 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目<br>その他  | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 132  | 脳画像・機能検査(行番号)_異常有無         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力              | 入力してください。       |    |
| 133  | 脳画像・機能検査(行番号)_異常内容         | テキストボックス       | 文字列            |     |                  |                 |    |
| 134  | 脳画像・機能検査(行番号)_検査日          | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。  |    |

| 通し番号 | タイトル                        | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディットチェック条件          | メッセージ           | 備考 |
|------|-----------------------------|----------------|----------------|-----|----------------------|-----------------|----|
| 135  |                             |                |                | ●   | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 136  | 血液生化学検査_施行                  | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 137  | 血液生化学検査_異常有無                | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 138  | 血液生化学検査_検査日                 | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 139  |                             |                |                | ●   | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 140  | 血液生化学検査行数_行数                | 繰り返し入力数        | 整数             |     |                      |                 |    |
| 141  | 血液生化学検査(行番号)_検査項目           | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 142  | 血液生化学検査(行番号)_検査項目その他        | テキストボックス       | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 143  | 血液生化学検査(行番号)_検査値            | テキストボックス       | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 144  | 心電図レントゲンその他の検査_施行           | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 145  | 心電図レントゲンその他の検査_行数           | 繰り返し入力数        | 整数             |     |                      |                 |    |
| 146  | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目    | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 147  | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目その他 | テキストボックス       | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 148  | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_異常有無    | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 149  | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_内容      | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                  | 入力してください。       |    |
| 150  | 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査日     | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 151  |                             |                |                | ●   | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 152  | 社会資源情報の詳細を入力する              | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 153  | 費目                          | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 154  | 年金手帳等                       | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                      |                 |    |
| 155  | 年金手帳等_手帳                    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                      |                 |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                          | 入力タイプ          | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|-------------------------------|----------------|----------------|-----|------------------------------|---------------------|----|
| 156      | 年金手帳等_手帳_精神_級                 | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 157      | 年金手帳等_手帳_療<br>育_級             | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 158      | 年金手帳等_手帳_身<br>体_級             | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 159      | 年金手帳等_障害年<br>金_級              | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 160      | 年金手帳等_その他_<br>詳細              | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 161      | サービス                          | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 162      | サービス_医療サー<br>ビス               | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 163      | サービス_医療サー<br>ビス_その他_詳細        | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 164      | サービス_障害福祉<br>サービス             | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 165      | サービス_障害福祉<br>サービス_自立訓練_<br>詳細 | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 166      | サービス_障害福祉<br>サービス_その他_詳<br>細  | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 167      | サービス_介護保険_<br>級               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 168      | サービス_介護保険<br>サービス             | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 169      | サービス_介護保険<br>サービス_その他_詳<br>細  | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 170      | サービス_行政サー<br>ビス               | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 171      | サービス_行政サー<br>ビス_その他_詳細        | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 172      | サービス_その他                      | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 173      | サービス_その他_成<br>年後見_種別          | 単一選択(ドロップダウン)  | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 174      | サービス_その他_そ<br>の他_詳細           | テキストボックス       | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 175      | 今後の方針                         | テキストエリア        | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 176      | 第2層 b 情報取得<br>無し              | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 177      | 第2層 b 情報取得<br>無しの理由           | テキストボックス       | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 178      | BACS_取得                       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 179      | BACS_実施日                      | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 180      |                               |                |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                           | 入力タイプ         | データ型       | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | メッセージ              | 備考 |
|----------|--------------------------------|---------------|------------|-----|---------------------|--------------------|----|
| 181      | BACS_年齢                        | テキストボックス      | 整数 (0~120) | (●) | 未入力                 | 入力してください。          |    |
| 182      |                                |               |            | ●   | 0 未満                | 0 以上の値を入力してください。   |    |
| 183      |                                |               |            | ●   | 121 以上              | 120 以下の値を入力してください。 |    |
| 184      |                                |               |            | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 185      | BACS_言語性記憶<br>_Version         | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列        |     |                     |                    |    |
| 186      | BACS_言語性記憶_<br>合計 1            | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 187      | BACS_言語性記憶_<br>合計 2            | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 188      | BACS_言語性記憶_<br>合計 3            | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 189      | BACS_言語性記憶_<br>合計 4            | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 190      | BACS_言語性記憶_<br>合計 5            | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 191      | BACS_言語性記憶_<br>正解の合計           | 変数            | 文字列        |     |                     |                    |    |
| 192      | BACS_言語性記憶_<br>_zscore         | 変数            | 文字列        |     |                     |                    |    |
| 193      | BACS_数字整列_合<br>計 1             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 194      | BACS_数字整列_合<br>計 2             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 195      | BACS_数字整列_合<br>計 3             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 196      | BACS_数字整列_合<br>計 4             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 197      | BACS_数字整列_合<br>計 5             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 198      | BACS_数字整列_合<br>計 6             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 199      | BACS_数字整列_合<br>計 7             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 200      | BACS_数字整列_<br>正解の合計            | 変数            | 文字列        |     |                     |                    |    |
| 201      | BACS_数字整列_<br>_zscore          | 変数            | 文字列        |     |                     |                    |    |
| 202      | BACS_トークンの<br>数_合計             | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 203      | BACS_トークンの<br>数_zscore         | 変数            | 文字列        |     |                     |                    |    |
| 204      | BACS_意味及び文<br>字流暢性_動物項目        | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |
| 205      | BACS_意味及び文<br>字流暢性_かで始め<br>る言葉 | テキストボックス      | 整数         | ●   | 整数以外                | 整数を入力してください。       |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                           | 入力タイプ         | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|--------------------------------|---------------|----------------|-----|------------------------------|---------------------|----|
| 206      | BACS_意味及び文<br>字流暢性_たで始め<br>る言葉 | テキストボックス      | 整数             | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくだ<br>さい。    |    |
| 207      | BACS_意味及び文<br>字流暢性_正解の合<br>計   | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 208      | BACS_意味及び文<br>字流暢性_zscore      | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 209      | BACS_符号課題_合<br>計               | テキストボックス      | 整数             | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくだ<br>さい。    |    |
| 210      | BACS_符号課題<br>_zscore           | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 211      | BACS_ロンドン塔<br>_Version         | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 212      | BACS_ロンドン塔_<br>合計              | テキストボックス      | 整数             | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくだ<br>さい。    |    |
| 213      | BACS_ロンドン塔<br>_zscore          | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 214      | BACS_合計_z_score                | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 215      | BACS_平均値を<br>0.56 で割った値        | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 216      | BACS_合計点を年<br>齢別の SD で割った<br>値 | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 217      | JART-25_取得                     | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 218      | JART_25_実施日                    | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 219      |                                |               |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 220      | JART_25_正答数合<br>計              | テキストボックス      | 整数             | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくだ<br>さい。    |    |
| 221      | JART_25_推定 FSIQ                | 変数            | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 222      | CGI-S_取得                       | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 223      | CGI-S_実施日                      | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 224      |                                |               |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 225      | CGI-S_スコア                      | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列            | (●) | 未入力                          | 入力してください。           |    |
| 226      | 血液検査取得有無                       | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                     |    |
| 227      | 血液検査日                          | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 228      |                                |               |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |



| 通し番号 | タイトル         | 入力タイプ          | データ型           | E | エディットチェック条件          | メッセージ           | 備考 |
|------|--------------|----------------|----------------|---|----------------------|-----------------|----|
| 229  | 血液_血清_取得     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 230  | 血清_取得日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 231  |              |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 232  | 血清_採血日と別日    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 233  | 血液_血漿_取得     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 234  | 血漿_取得日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 235  |              |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 236  | 血漿_採血日と別日    | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 237  | DNA_取得       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 238  | DNA_取得日      | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 239  |              |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 240  | DNA_採血日と別日   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 241  | RNA_取得       | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 242  | RNA_取得日      | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 243  |              |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 244  | RNA_採血日と別日   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 245  | リンパ芽球_取得     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 246  | リンパ芽球_取得日    | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 247  |              |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 248  | リンパ芽球_採血日と別日 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 249  | 髄液_取得        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 250  | 髄液_取得日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 251  |              |                |                | ● | 存在しない日付              | 正しい日付を入力してください。 |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                 | 入力タイプ          | データ型           | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | メッセージ               | 備考 |
|----------|----------------------|----------------|----------------|---|------------------------------|---------------------|----|
|          |                      |                |                |   | (例：2月<br>30日)                |                     |    |
| 252      | 髄液_採血日と別日            | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 253      | iPS細胞_取得             | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 254      | iPS細胞_取得日            | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 255      |                      |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 256      | iPS細胞_採血日と<br>別日     | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 257      | MRI取得有無              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 258      | MRI検査日               | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 259      |                      |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 260      | MRI_SD-T1_取得         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 261      | MRI_3D-T1_取得日        | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 262      |                      |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 263      | MRI_SD-T1_検査日<br>と別日 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 264      | MRI_SD-T2_取得         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 265      | MRI_3D-T2_取得日        | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 266      |                      |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 267      | MRI_SD-T2_検査日<br>と別日 | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 268      | MRI_DTI_取得           | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 269      | MRI_DTI_取得日          | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |
| 270      |                      |                |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。 |    |
| 271      | MRI_DTI_検査日と<br>別日   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 272      | MRI_rsfMRI_取得        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                              |                     |    |
| 273      | MRI_rsfMRI_取得日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。  |    |

| 通し番号 | タイトル                | 入力タイプ          | データ型           | E | エディットチェック条件          | メッセージ           | 備考 |
|------|---------------------|----------------|----------------|---|----------------------|-----------------|----|
| 274  |                     |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 275  | MRI_rsfMRI_検査日と別日   | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 276  | MRI_ニューロメラニン_取得     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 277  | MRI_ニューロメラニン_取得日    | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 278  |                     |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 279  | ニューロメラニン_検査日と別日     | 複数選択(チェックボックス) | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 280  | 脳波_取得               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 281  | 脳波_検査日              | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 282  |                     |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 283  | ポリソムノグラフィ_取得        | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 284  | ポリソムノグラフィ_検査日       | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 285  |                     |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 286  | 心電図_取得              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 287  | 心電図_検査日             | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 288  |                     |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 289  | 脳組織_ブレインバンク生前登録_取得  | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列            |   |                      |                 |    |
| 290  | 脳組織_ブレインバンク生前登録_同意日 | 日付             | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降              | 未来の日付は入力できません。  |    |
| 291  |                     |                |                | ● | 存在しない日付<br>(例：2月30日) | 正しい日付を入力してください。 |    |
| 292  | その他                 | テキストエリア        | 文字列            |   |                      |                 |    |

## サマリー小児用

| 通し<br>番号 | タイトル                  | 入力タイプ         | データ型           | E   | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | 左記条件を満たさない<br>場合のメッセージ   | 備考                     |
|----------|-----------------------|---------------|----------------|-----|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1        | 評価日                   | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | (●) | 未入力                          | 入力してください。                |                        |
| 2        |                       |               |                | ●   | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。       |                        |
| 3        |                       |               |                | ●   | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。      |                        |
| 4        | 年齢                    | テキストボックス      | 整数 (0~18)      | ●   | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。      |                        |
| 5        |                       |               |                | ●   | 19以上                         | 18以下の値を入力し<br>てください。     |                        |
| 6        |                       |               |                | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。         |                        |
| 7        | 性別                    | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 8        | 身長                    | テキストボックス      | 小数 (第1位まで)     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 9        | 体重                    | テキストボックス      | 小数 (第1位まで)     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 10       | 胸囲                    | テキストボックス      | 小数 (第1位まで)     | ●   | 小数点以<br>下の桁数<br>が2以上         | 小数第1位までの数値<br>を入力してください。 | 小数第1位あるいは<br>整数での入力が可能 |
| 11       | 人種                    | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 12       | 精神科診断_行数              | 繰り返し入力数       | 整数             |     |                              |                          |                        |
| 13       | 精神科診断(行番<br>号)_名称     | テキストボックス      | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 14       | 精神科診断(行番<br>号)_発症年月_年 | テキストボックス      | 整数             | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。         |                        |
| 15       | 精神科診断(行番<br>号)_発症年月_月 | テキストボックス      | 整数             | ●   | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。         |                        |
| 16       | 併存疾患_行数               | 繰り返し入力数       | 整数             |     |                              |                          |                        |
| 17       | 併存疾患(行番号)<br>_名称      | テキストボックス      | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 18       | 既往歴_行数                | 繰り返し入力数       | 整数             |     |                              |                          |                        |
| 19       | 既往歴(行番号)_名<br>称       | テキストボックス      | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 20       | アレルギー有無               | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 21       | アレルギー内容               | テキストエリア       | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 22       | 精神科家族歴有無              | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 23       | 家族歴_行数                | 繰り返し入力数       | 整数             |     |                              |                          |                        |
| 24       | 家族歴(行番号)_統<br>柄       | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 25       | 家族歴(行番号)_内<br>容       | テキストボックス      | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 26       | 家族歴_その他               | テキストボックス      | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 27       | 兄弟有無                  | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 28       | 両親の婚姻状況               | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 29       | 両親の婚姻状況_そ<br>の他       | テキストボックス      | 文字列            |     |                              |                          |                        |
| 30       | 居住状況                  | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |     |                              |                          |                        |

| 通し<br>番号 | タイトル                   | 入力タイプ          | データ型    | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | 左記条件を満たさない<br>場合のメッセージ | 備考 |
|----------|------------------------|----------------|---------|---|---------------------|------------------------|----|
| 31       | 居住状況_その他               | テキストボックス       | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 32       | 喫煙歴有無                  | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 33       | 飲酒歴有無                  | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 34       | 物質乱用・依存有無              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 35       | 物質乱用・依存内容              | テキストエリア        | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 36       | 行動嗜癖有無                 | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 37       | 行動嗜癖内容                 | テキストエリア        | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 38       | 在籍する教育機関               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 39       | 在籍する教育機関_<br>小学校内容     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 40       | 在籍する教育機関_<br>中学校内容     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 41       | 在籍する教育機関_<br>高校内容      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 42       | 就学状況                   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 43       | 被虐待歴有無                 | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 44       | 被虐待歴有_内容               | 複数選択(チェックボックス) | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 45       | 被虐待歴有_その他_<br>内容       | テキストボックス       | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 46       | 被虐待歴有_虐待加<br>害者        | テキストボックス       | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 47       | 被虐待歴有_児童相<br>談所介入歴     | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 48       | 人間関係の問題有無              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 49       | 人間関係の問題有_<br>内容        | 複数選択(チェックボックス) | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 50       | 人間関係の問題有_<br>その他_内容    | テキストボックス       | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 51       | 他者への暴力有無               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 52       | 他者への暴力有_内<br>容         | 複数選択(チェックボックス) | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 53       | 他者への暴力有_そ<br>の他_内容     | テキストボックス       | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 54       | 自傷有無                   | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 55       | 自傷内容                   | テキストエリア        | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 56       | 自殺企図有無                 | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 57       | 自殺企図有_内容               | テキストエリア        | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 58       | 自殺企図有_最近3<br>か月の自殺企図回数 | テキストボックス       | 整数 (0~) | ● | 0 未満                | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 59       |                        |                |         | ● | 整数以外                | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 60       | 自殺企図有_最近1<br>年の自殺企図回数  | テキストボックス       | 整数 (0~) | ● | 0 未満                | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 61       |                        |                |         | ● | 整数以外                | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 62       | クロザピン治療歴有<br>無         | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 63       | mECT 歴有無               | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 64       | 身体障害者手帳有無              | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 65       | 療育手帳有無                 | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |
| 66       | 精神障害者保健福祉<br>手帳有無      | 単一選択(ラジオボタン)   | 文字列     |   |                     |                        |    |

| 通し番号 | タイトル                      | 入力タイプ         | データ型           | E | エディットチェック条件      | 左記条件を満たさない場合のメッセージ   | 備考                 |
|------|---------------------------|---------------|----------------|---|------------------|----------------------|--------------------|
| 67   | 心理社会的介入有無                 | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 68   | 心理社会的介入内容                 | テキストエリア       | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 69   | 精神科入院歴有無                  | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 70   | 現在の処方有無                   | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 71   | 現在の処方_行数                  | 繰り返し入力数       | 整数             |   |                  |                      |                    |
| 72   | 現在の処方(行番号)_薬剤名            | テキストボックス      | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 73   | 現在の処方(行番号)_剤型             | 単一選択(ドロップダウン) | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 74   | 現在の処方(行番号)_1日あたりの用量       | テキストボックス      | 小数(第1位まで)      | ● | 小数点以下の桁数が2以上     | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |
| 75   | 現在の処方(行番号)_1日あたりの用量_単位    | 単一選択(ラジオボタン)  | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 76   | 現在の処方(行番号)_1日あたりの用量_単位その他 | テキストボックス      | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 77   | 現在の処方(行番号)_用法             | テキストボックス      | 文字列            |   |                  |                      |                    |
| 78   | 現在の処方(行番号)_処方開始日          | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。       |                    |
| 79   |                           |               |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。      |                    |
| 80   | 現在の処方(行番号)_処方終了日          | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。       |                    |
| 81   |                           |               |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。      |                    |
| 82   | WISC-IV_実施日               | 日付            | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌日以降          | 未来の日付は入力できません。       |                    |
| 83   |                           |               |                | ● | 存在しない日付(例:2月30日) | 正しい日付を入力してください。      |                    |
| 84   | WISC-IV_実施時年齢             | テキストボックス      | 整数(0~18)       | ● | 0未満              | 0以上の値を入力してください。      |                    |
| 85   |                           |               |                | ● | 19以上             | 18以下の値を入力してください。     |                    |
| 86   |                           |               |                | ● | 整数以外             | 整数を入力してください。         |                    |
| 87   | WISC-IV_実施時月齢             | テキストボックス      | 整数(0~11)       | ● | 0未満              | 0以上の値を入力してください。      |                    |
| 88   |                           |               |                | ● | 12以上             | 11以下の値を入力してください。     |                    |
| 89   |                           |               |                | ● | 整数以外             | 整数を入力してください。         |                    |
| 90   | WISC-IV_FSIQ              | テキストボックス      | 小数(第1位まで)      | ● | 小数点以下の桁数が2以上     | 小数第1位までの数値を入力してください。 | 小数第1位あるいは整数での入力が可能 |

| 通し<br>番号 | タイトル                   | 入力タイプ    | データ型           | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件          | 左記条件を満たさない<br>場合のメッセージ | 備考 |
|----------|------------------------|----------|----------------|---|------------------------------|------------------------|----|
| 91       | WISC-IV_VCI            | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 92       | WISC-IV_PRI            | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 93       | WISC-IV_WMI            | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 94       | WISC-IV_PSI            | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 95       | WPPSI-III_実施日          | 日付       | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。     |    |
| 96       |                        |          |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。    |    |
| 97       | WPPSI-III_実施時年<br>齢    | テキストボックス | 整数 (0~18)      | ● | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。    |    |
| 98       |                        |          |                | ● | 19以上                         | 18以下の値を入力し<br>てください。   |    |
| 99       |                        |          |                | ● | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 100      | WPPSI-III_実施時月<br>齢    | テキストボックス | 整数 (0~11)      | ● | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。    |    |
| 101      |                        |          |                | ● | 12以上                         | 11以下の値を入力し<br>てください。   |    |
| 102      |                        |          |                | ● | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 103      | WPPSI-III_FSIQ         | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 104      | WPPSI-III_VCI          | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 105      | WPPSI-III_PRI          | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 106      | WPPSI-III_GLC          | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 107      | WPPSI-III_PSI          | テキストボックス | 文字列            |   |                              |                        |    |
| 108      | 田中ビネー知能検査<br>V_実施日     | 日付       | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                  | 未来の日付は入力でき<br>ません。     |    |
| 109      |                        |          |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例：2月<br>30日) | 正しい日付を入力して<br>ください。    |    |
| 110      | 田中ビネー知能検査<br>V_実施時年齢   | テキストボックス | 整数 (0~18)      | ● | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。    |    |
| 111      |                        |          |                | ● | 19以上                         | 18以下の値を入力し<br>てください。   |    |
| 112      |                        |          |                | ● | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 113      | 田中ビネー知能検査<br>V_実施時月齢   | テキストボックス | 整数 (0~11)      | ● | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。    |    |
| 114      |                        |          |                | ● | 12以上                         | 11以下の値を入力し<br>てください。   |    |
| 115      |                        |          |                | ● | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 116      | 田中ビネー知能検査<br>V_精神年齢_年齢 | テキストボックス | 整数 (0~)        | ● | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。    |    |
| 117      |                        |          |                | ● | 整数以外                         | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 118      | 田中ビネー知能検査<br>V_精神年齢_月齢 | テキストボックス | 整数 (0~11)      | ● | 0未満                          | 0以上の値を入力して<br>ください。    |    |
| 119      |                        |          |                | ● | 12以上                         | 11以下の値を入力し<br>てください。   |    |

| 通し<br>番号 | タイトル                               | 入力タイプ    | データ型           | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件             | 左記条件を満たさない<br>場合のメッセージ | 備考 |
|----------|------------------------------------|----------|----------------|---|---------------------------------|------------------------|----|
| 120      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 121      | 田中ピネー知能検査<br>V_知能指数                | テキストボックス | 文字列            |   |                                 |                        |    |
| 122      | 田中ピネー知能検査<br>V_基底年齢                | テキストボックス | 整数 (0~)        | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 123      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 124      | 新版 K 式発達検査_<br>実施日                 | 日付       | 日付(yyyy/mm/dd) | ● | 入力日翌<br>日以降                     | 未来の日付は入力できません。         |    |
| 125      |                                    |          |                | ● | 存在しな<br>い日付<br>(例: 2 月<br>30 日) | 正しい日付を入力してください。        |    |
| 126      | 新版 K 式発達検査_<br>実施時年齢               | テキストボックス | 整数 (0~18)      | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 127      |                                    |          |                | ● | 19 以上                           | 18 以下の値を入力してください。      |    |
| 128      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 129      | 新版 K 式発達検査_<br>実施時月齢               | テキストボックス | 整数 (0~11)      | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 130      |                                    |          |                | ● | 12 以上                           | 11 以下の値を入力してください。      |    |
| 131      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 132      | 新版 K 式発達検査_<br>バージョン               | テキストボックス | 文字列            |   |                                 |                        |    |
| 133      | 新版 K 式発達検査_<br>全領域_発達年齢_年<br>齢     | テキストボックス | 整数 (0~)        | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 134      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 135      | 新版 K 式発達検査_<br>全領域_発達年齢_月<br>齢     | テキストボックス | 整数 (0~11)      | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 136      |                                    |          |                | ● | 12 以上                           | 11 以下の値を入力してください。      |    |
| 137      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 138      | 新版 K 式発達検査_<br>全領域_発達指数            | テキストボックス | 文字列            |   |                                 |                        |    |
| 139      | 新版 K 式発達検査_<br>姿勢・運動領域_発<br>達年齢_年齢 | テキストボックス | 整数 (0~)        | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 140      |                                    |          |                | ● | 整数以外                            | 整数を入力してください。           |    |
| 141      | 新版 K 式発達検査_<br>姿勢・運動領域_発<br>達年齢_月齢 | テキストボックス | 整数 (0~11)      | ● | 0 未満                            | 0 以上の値を入力してください。       |    |
| 142      |                                    |          |                | ● | 12 以上                           | 11 以下の値を入力してください。      |    |



| 通し<br>番号 | タイトル                               | 入力タイプ    | データ型      | E | エディッ<br>トチェッ<br>ク条件 | 左記条件を満たさない<br>場合のメッセージ | 備考 |
|----------|------------------------------------|----------|-----------|---|---------------------|------------------------|----|
| 143      |                                    |          |           | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。           |    |
| 144      | 新版 K 式発達検査_<br>姿勢・運動領域_発<br>達指数    | テキストボックス | 文字列       |   |                     |                        |    |
| 145      | 新版 K 式発達検査_<br>認知・適応領域_発<br>達年齢_年齢 | テキストボックス | 整数 (0~)   | ● | 0 未満                | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 146      |                                    |          |           | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。           |    |
| 147      | 新版 K 式発達検査_<br>認知・適応領域_発<br>達年齢_月齢 | テキストボックス | 整数 (0~11) | ● | 0 未満                | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 148      |                                    |          |           | ● | 12 以上               | 11 以下の値を入力し<br>てください。  |    |
| 149      |                                    |          |           | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。           |    |
| 150      | 新版 K 式発達検査_<br>認知・適応領域_発<br>達指数    | テキストボックス | 文字列       |   |                     |                        |    |
| 151      | 新版 K 式発達検査_<br>言語・社会領域_発<br>達年齢_年齢 | テキストボックス | 整数 (0~)   | ● | 0 未満                | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 152      |                                    |          |           | ● | 整数以外                | 整数を入力してください。           |    |
| 153      | 新版 K 式発達検査_<br>言語・社会領域_発<br>達年齢_月齢 | テキストボックス | 整数 (0~11) | ● | 0 未満                | 0 以上の値を入力して<br>ください。   |    |
| 154      |                                    |          |           | ● | 12 以上               | 11 以下の値を入力し<br>てください。  |    |
| 155      |                                    |          |           | ● | 整数以外                | 整数を入力してくださ<br>い。       |    |
| 156      | 新版 K 式発達検査_<br>言語・社会領域_発<br>達指数    | テキストボックス | 文字列       |   |                     |                        |    |

## 付録 (各調査票の値対応表)

### MINI

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| 取得有無 | 1 | 有り |
| 取得有無 | 0 | 無し |

### SCID

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| 取得有無 | 1 | 有り |
| 取得有無 | 0 | 無し |

### PANSS

| タイトル             | 値 | 内容 |
|------------------|---|----|
| 取得有無             | 1 | 有り |
| 取得有無             | 0 | 無し |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 1 | 1  |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 2 | 2  |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 3 | 3  |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 4 | 4  |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 5 | 5  |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 6 | 6  |
| 陽性症状 P1. 妄想      | 7 | 7  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 1 | 1  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 2 | 2  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 3 | 3  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 4 | 4  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 5 | 5  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 6 | 6  |
| 陽性症状 P2. 概念の統合障害 | 7 | 7  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 1 | 1  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 2 | 2  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 3 | 3  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 4 | 4  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 5 | 5  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 6 | 6  |
| 陽性症状 P3. 幻覚による行動 | 7 | 7  |

| タイトル            | 値 | 内容 |
|-----------------|---|----|
| 陽性症状 P4. 興奮     | 1 | 1  |
| 陽性症状 P4. 興奮     | 2 | 2  |
| 陽性症状 P4. 興奮     | 3 | 3  |
| 陽性症状 P4. 興奮     | 4 | 4  |
| 陽性症状 P4. 興奮     | 5 | 5  |
| 陽性症状 P4. 興奮     | 6 | 6  |
| 陽性症状 P4. 興奮     | 7 | 7  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 1 | 1  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 2 | 2  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 3 | 3  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 4 | 4  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 5 | 5  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 6 | 6  |
| 陽性症状 P5. 誇大性    | 7 | 7  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 1 | 1  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 2 | 2  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 3 | 3  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 4 | 4  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 5 | 5  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 6 | 6  |
| 陽性症状 P6. 猜疑心    | 7 | 7  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 1 | 1  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 2 | 2  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 3 | 3  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 4 | 4  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 5 | 5  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 6 | 6  |
| 陽性症状 P7. 敵意     | 7 | 7  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 1 | 1  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 2 | 2  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 3 | 3  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 4 | 4  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 5 | 5  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 6 | 6  |
| 陰性症状 N1. 情動の平板化 | 7 | 7  |

| タイトル                         | 値 | 内容 |
|------------------------------|---|----|
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 1 | 1  |
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 2 | 2  |
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 3 | 3  |
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 4 | 4  |
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 5 | 5  |
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 6 | 6  |
| 陰性症状 N2. 情動的引きこもり            | 7 | 7  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 1 | 1  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 2 | 2  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 3 | 3  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 4 | 4  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 5 | 5  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 6 | 6  |
| 陰性症状 N3. 疎通性の障害              | 7 | 7  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 1 | 1  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 2 | 2  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 3 | 3  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 4 | 4  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 5 | 5  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 6 | 6  |
| 陰性症状 N4. 受動性／意欲低下による社会的ひきこもり | 7 | 7  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 1 | 1  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 2 | 2  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 3 | 3  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 4 | 4  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 5 | 5  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 6 | 6  |
| 陰性症状 N5. 抽象的思考の困難            | 7 | 7  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 1 | 1  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 2 | 2  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 3 | 3  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 4 | 4  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 5 | 5  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 6 | 6  |
| 陰性症状 N6. 会話の自発性と流暢さの欠如       | 7 | 7  |

| タイトル             | 値 | 内容 |
|------------------|---|----|
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 1 | 1  |
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 2 | 2  |
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 3 | 3  |
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 4 | 4  |
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 5 | 5  |
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 6 | 6  |
| 陰性症状 N7. 常同的思考   | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G1. 心気症 | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G2. 不安  | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G3. 罪責感 | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G4. 緊張  | 7 | 7  |

| タイトル                    | 値 | 内容 |
|-------------------------|---|----|
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G5. 衝動性と不自然な姿勢 | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G6. 抑うつ        | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G7. 運動減退       | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G8. 非協調性       | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G9. 不自然な思考内容   | 7 | 7  |

| タイトル                    | 値 | 内容 |
|-------------------------|---|----|
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G10. 失見当識      | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G11. 注意の障害     | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G12. 判断力と病識の欠如 | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G13. 意志の障害     | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G14. 衝動性の調節障害  | 7 | 7  |

| タイトル                   | 値 | 内容 |
|------------------------|---|----|
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G15. 没入性      | 7 | 7  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 1 | 1  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 2 | 2  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 3 | 3  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 4 | 4  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 5 | 5  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 6 | 6  |
| 総合精神病理評価 G16. 自主的な社会回避 | 7 | 7  |

## HAMD

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| 取得有無 | 1 | 有り |
| 取得有無 | 0 | 無し |
| Q1   | 0 | 0  |
| Q1   | 1 | 1  |
| Q1   | 2 | 2  |
| Q1   | 3 | 3  |
| Q1   | 4 | 4  |
| Q2   | 0 | 0  |
| Q2   | 1 | 1  |
| Q2   | 2 | 2  |
| Q2   | 3 | 3  |
| Q2   | 4 | 4  |
| Q3   | 0 | 0  |
| Q3   | 1 | 1  |
| Q3   | 2 | 2  |
| Q3   | 3 | 3  |
| Q3   | 4 | 4  |
| Q4   | 0 | 0  |



| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| Q4   | 1 | 1  |
| Q4   | 2 | 2  |
| Q5   | 0 | 0  |
| Q5   | 1 | 1  |
| Q5   | 2 | 2  |
| Q6   | 0 | 0  |
| Q6   | 1 | 1  |
| Q6   | 2 | 2  |
| Q7   | 0 | 0  |
| Q7   | 1 | 1  |
| Q7   | 2 | 2  |
| Q7   | 3 | 3  |
| Q7   | 4 | 4  |
| Q8   | 0 | 0  |
| Q8   | 1 | 1  |
| Q8   | 2 | 2  |
| Q8   | 3 | 3  |
| Q8   | 4 | 4  |
| Q9   | 0 | 0  |
| Q9   | 1 | 1  |
| Q9   | 2 | 2  |
| Q9   | 3 | 3  |
| Q9   | 4 | 4  |
| Q10  | 0 | 0  |
| Q10  | 1 | 1  |
| Q10  | 2 | 2  |
| Q10  | 3 | 3  |
| Q10  | 4 | 4  |
| Q11  | 0 | 0  |
| Q11  | 1 | 1  |
| Q11  | 2 | 2  |
| Q11  | 3 | 3  |
| Q11  | 4 | 4  |
| Q12  | 0 | 0  |
| Q12  | 1 | 1  |

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| Q12  | 2 | 2  |
| Q13  | 0 | 0  |
| Q13  | 1 | 1  |
| Q13  | 2 | 2  |
| Q14  | 0 | 0  |
| Q14  | 1 | 1  |
| Q14  | 2 | 2  |
| Q15  | 0 | 0  |
| Q15  | 1 | 1  |
| Q15  | 2 | 2  |
| Q15  | 3 | 3  |
| Q15  | 4 | 4  |
| Q16  | 0 | 0  |
| Q16  | 1 | 1  |
| Q16  | 2 | 2  |
| Q17  | 0 | 0  |
| Q17  | 1 | 1  |
| Q17  | 2 | 2  |

## MADRS

| タイトル | 値 | 内容 (※MADRS の仕様上、1, 3, 5 は画面には表示するが選択不可) |
|------|---|---|
| 取得有無 | 1 | 有り                                      |
| 取得有無 | 0 | 無し                                      |
| Q1   | 0 | 0                                       |
| Q1   | 1 | 1                                       |
| Q1   | 2 | 2                                       |
| Q1   | 3 | 3                                       |
| Q1   | 4 | 4                                       |
| Q1   | 5 | 5                                       |
| Q1   | 6 | 6                                       |
| Q2   | 0 | 0                                       |
| Q2   | 1 | 1                                       |
| Q2   | 2 | 2                                       |
| Q2   | 3 | 3                                       |
| Q2   | 4 | 4                                       |

| タイトル | 値 | 内容 (※MADRS の仕様上、1, 3, 5 は画面には表示するが選択不可) |
|------|---|---|
| Q2   | 5 | 5                                       |
| Q2   | 6 | 6                                       |
| Q3   | 0 | 0                                       |
| Q3   | 1 | 1                                       |
| Q3   | 2 | 2                                       |
| Q3   | 3 | 3                                       |
| Q3   | 4 | 4                                       |
| Q3   | 5 | 5                                       |
| Q3   | 6 | 6                                       |
| Q4   | 0 | 0                                       |
| Q4   | 1 | 1                                       |
| Q4   | 2 | 2                                       |
| Q4   | 3 | 3                                       |
| Q4   | 4 | 4                                       |
| Q4   | 5 | 5                                       |
| Q4   | 6 | 6                                       |
| Q5   | 0 | 0                                       |
| Q5   | 1 | 1                                       |
| Q5   | 2 | 2                                       |
| Q5   | 3 | 3                                       |
| Q5   | 4 | 4                                       |
| Q5   | 5 | 5                                       |
| Q5   | 6 | 6                                       |
| Q6   | 0 | 0                                       |
| Q6   | 1 | 1                                       |
| Q6   | 2 | 2                                       |
| Q6   | 3 | 3                                       |
| Q6   | 4 | 4                                       |
| Q6   | 5 | 5                                       |
| Q6   | 6 | 6                                       |
| Q7   | 0 | 0                                       |
| Q7   | 1 | 1                                       |
| Q7   | 2 | 2                                       |
| Q7   | 3 | 3                                       |
| Q7   | 4 | 4                                       |

| タイトル | 値 | 内容 (※MADRS の仕様上、1, 3, 5 は画面には表示するが選択不可) |
|------|---|---|
| Q7   | 5 | 5                                       |
| Q7   | 6 | 6                                       |
| Q8   | 0 | 0                                       |
| Q8   | 1 | 1                                       |
| Q8   | 2 | 2                                       |
| Q8   | 3 | 3                                       |
| Q8   | 4 | 4                                       |
| Q8   | 5 | 5                                       |
| Q8   | 6 | 6                                       |
| Q9   | 0 | 0                                       |
| Q9   | 1 | 1                                       |
| Q9   | 2 | 2                                       |
| Q9   | 3 | 3                                       |
| Q9   | 4 | 4                                       |
| Q9   | 5 | 5                                       |
| Q9   | 6 | 6                                       |
| Q10  | 0 | 0                                       |
| Q10  | 1 | 1                                       |
| Q10  | 2 | 2                                       |
| Q10  | 3 | 3                                       |
| Q10  | 4 | 4                                       |
| Q10  | 5 | 5                                       |
| Q10  | 6 | 6                                       |

## YMRS

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| 取得有無 | 1 | 有り |
| 取得有無 | 0 | 無し |
| Q1   | 0 | 0  |
| Q1   | 1 | 1  |
| Q1   | 2 | 2  |
| Q1   | 3 | 3  |
| Q1   | 4 | 4  |
| Q2   | 0 | 0  |
| Q2   | 1 | 1  |

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| Q2   | 2 | 2  |
| Q2   | 3 | 3  |
| Q2   | 4 | 4  |
| Q3   | 0 | 0  |
| Q3   | 1 | 1  |
| Q3   | 2 | 2  |
| Q3   | 3 | 3  |
| Q3   | 4 | 4  |
| Q4   | 0 | 0  |
| Q4   | 1 | 1  |
| Q4   | 2 | 2  |
| Q4   | 3 | 3  |
| Q4   | 4 | 4  |
| Q5   | 0 | 0  |
| Q5   | 2 | 2  |
| Q5   | 4 | 4  |
| Q5   | 6 | 6  |
| Q5   | 8 | 8  |
| Q6   | 0 | 0  |
| Q6   | 2 | 2  |
| Q6   | 4 | 4  |
| Q6   | 6 | 6  |
| Q6   | 8 | 8  |
| Q7   | 0 | 0  |
| Q7   | 1 | 1  |
| Q7   | 2 | 2  |
| Q7   | 3 | 3  |
| Q7   | 4 | 4  |
| Q8   | 0 | 0  |
| Q8   | 2 | 2  |
| Q8   | 4 | 4  |
| Q8   | 6 | 6  |
| Q8   | 8 | 8  |
| Q9   | 0 | 0  |
| Q9   | 2 | 2  |

| タイトル | 値 | 内容 |
|------|---|----|
| Q9   | 4 | 4  |
| Q9   | 6 | 6  |
| Q9   | 8 | 8  |
| Q10  | 0 | 0  |
| Q10  | 1 | 1  |
| Q10  | 2 | 2  |
| Q10  | 3 | 3  |
| Q10  | 4 | 4  |
| Q11  | 0 | 0  |
| Q11  | 1 | 1  |
| Q11  | 2 | 2  |
| Q11  | 3 | 3  |
| Q11  | 4 | 4  |

## AIS

| タイトル | 値 | 内容                   |
|------|---|----------------------|
| 取得有無 | 1 | 有り                   |
| 取得有無 | 0 | 無し                   |
| A    | 0 | 問題なかった               |
| A    | 1 | 少し時間がかかった            |
| A    | 2 | かなり時間がかかった           |
| A    | 3 | 非常に時間がかかったか、全く眠れなかった |
| B    | 0 | 問題になるほどではなかった        |
| B    | 1 | 少し困ることがあった           |
| B    | 2 | かなり困っている             |
| B    | 3 | 深刻な状態か、全く眠れなかった      |
| C    | 0 | そのようなことはなかった         |
| C    | 1 | 少し早かった               |
| C    | 2 | かなり早かった              |
| C    | 3 | 非常に早かったか、全く眠れなかった    |
| D    | 0 | 十分だった                |
| D    | 1 | 少し足りなかった             |
| D    | 2 | かなり足りなかった            |
| D    | 3 | 全く足りないか、全く眠れなかった     |
| E    | 0 | 満足している               |

| タイトル | 値 | 内容              |
|------|---|-----------------|
| E    | 1 | 少し不満            |
| E    | 2 | かなり不満           |
| E    | 3 | 非常に不満か、全く眠れなかった |
| F    | 0 | いつも通り           |
| F    | 1 | 少し減入った          |
| F    | 2 | かなり減入った         |
| F    | 3 | 非常に減入った         |
| G    | 0 | いつも通り           |
| G    | 1 | 少し低下            |
| G    | 2 | かなり低下           |
| G    | 3 | 非常に低下           |
| H    | 0 | 全くない            |
| H    | 1 | 少しある            |
| H    | 2 | かなりある           |
| H    | 3 | 激しい             |

## 退院サマリー

| タイトル                     | 値 | 内容            |
|--------------------------|---|---------------|
| 性別                       | 1 | 男性            |
| 性別                       | 2 | 女性            |
| 性別                       | 3 | その他           |
| 人種                       | 1 | モンゴロイド（両親日本人） |
| 人種                       | 2 | モンゴロイド（日本人以外） |
| 人種                       | 3 | コーカソイド        |
| 人種                       | 4 | ネグロイド         |
| 人種                       | 5 | その他           |
| 人種                       | 9 | それ以外及び不明      |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_疾患分類    | 1 | 精神疾患          |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_疾患分類    | 2 | 身体疾患          |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 1 | 軽快            |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 2 | 不変            |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 3 | 悪化            |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 4 | 死亡            |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 5 | 不明            |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_発症年齢_不明 | 1 | 不明            |

| タイトル           | 値  | 内容      |
|----------------|----|---------|
| 併存疾患_有無        | 1  | あり      |
| 併存疾患_有無        | 2  | なし      |
| 併存疾患_有無        | 3  | 不明      |
| 既往歴_有無         | 3  | あり      |
| 既往歴_有無         | 2  | なし      |
| 既往歴_有無         | 1  | 不明      |
| アレルギー_有無       | 1  | あり      |
| アレルギー_有無       | 0  | なし      |
| アレルギー_有無       | 3  | 不明      |
| アレルギー(行番号)_確認法 | 1  | 本人・家族申告 |
| アレルギー(行番号)_確認法 | 1  | 医療従事者確認 |
| 家族歴_有無         | 3  | あり      |
| 家族歴_有無         | 2  | なし      |
| 家族歴_有無         | 1  | 不明      |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 1  | 父       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 2  | 母       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 3  | 兄       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 4  | 姉       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 5  | 弟       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 6  | 妹       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 7  | 子(男)    |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 8  | 子(女)    |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 9  | 祖父      |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 10 | 祖母      |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 11 | 孫(男)    |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 12 | 孫(女)    |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 13 | 伯父      |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 14 | 伯母      |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 15 | 甥       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 16 | 姪       |
| 家族歴(行番号)_続柄    | 17 | 不明      |
| 自殺企図歴_有無       | 3  | あり      |
| 自殺企図歴_有無       | 2  | なし      |
| 自殺企図歴_有無       | 1  | 不明      |



| タイトル        | 値 | 内容                                  |
|-------------|---|-------------------------------------|
| 自殺企図歴_ありの場合 | 1 | 過去                                  |
| 自殺企図歴_ありの場合 | 1 | 入院の原因                               |
| 自殺企図歴_ありの場合 | 1 | 入院中                                 |
| 喫煙歴_有無      | 3 | あり                                  |
| 喫煙歴_有無      | 2 | なし                                  |
| 喫煙歴_有無      | 1 | 不明                                  |
| 喫煙歴_現在      | 1 | 喫煙                                  |
| 喫煙歴_現在      | 2 | 禁煙                                  |
| 問題飲酒歴_有無    | 3 | あり                                  |
| 問題飲酒歴_有無    | 2 | なし                                  |
| 問題飲酒歴_有無    | 1 | 不明                                  |
| 物質乱用歴_有無    | 3 | あり                                  |
| 物質乱用歴_有無    | 2 | なし                                  |
| 物質乱用歴_有無    | 1 | 不明                                  |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 覚せい剤                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 揮発性溶剤(シンナー,トルエン,ガスパンなど)             |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 大麻                                  |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | コカイン                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | ヘロイン                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | MDMA                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | MDMA 以外の幻覚剤(LSD,ケタミン,5-Meo-DITP など) |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 危険ドラッグ                              |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)                  |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 鎮痛薬(処方非オピオイド系)                      |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)              |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 市販薬(鎮咳薬,感冒薬,鎮痛薬,睡眠薬など)              |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | ADHD 治療薬                            |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | その他                                 |
| 行動嗜癖_有無     | 3 | あり                                  |
| 行動嗜癖_有無     | 2 | なし                                  |
| 行動嗜癖_有無     | 1 | 不明                                  |
| 最終学歴        | 1 | 不明                                  |
| 最終学歴        | 2 | 小学校卒まで                              |
| 最終学歴        | 3 | 中学校卒まで                              |

| タイトル                | 値  | 内容                              |
|---------------------|----|---------------------------------|
| 最終学歴                | 4  | 高校中退まで（少なくとも1年以上）               |
| 最終学歴                | 5  | 高校卒まで                           |
| 最終学歴                | 6  | 大学中退または短大・専門学校卒・中退（少なくとも1年以上）   |
| 最終学歴                | 7  | 4年制大学卒                          |
| 最終学歴                | 8  | 大学院修士卒業以上（医・歯学部等の6年制教育の学部卒業を含む） |
| 現在の職業               | 1  | 不明                              |
| 現在の職業               | 1  | 就労中                             |
| 現在の職業               | 1  | 就労中(障害者枠)                       |
| 現在の職業               | 1  | 就学中                             |
| 現在の職業               | 1  | 主婦・主夫                           |
| 現在の職業               | 1  | 休職中                             |
| 現在の職業               | 1  | 休学中                             |
| 現在の職業               | 1  | デイケア・就労移行支援                     |
| 現在の職業               | 1  | 就労継続支援 A B(作業所)                 |
| 現在の職業               | 1  | 何もしていない                         |
| 現在の職業               | 1  | その他                             |
| 婚姻状態                | 2  | 未婚                              |
| 婚姻状態                | 3  | 結婚                              |
| 婚姻状態                | 5  | 離婚調停中                           |
| 婚姻状態                | 6  | 別居中                             |
| 婚姻状態                | 7  | 多妻                              |
| 婚姻状態                | 8  | 寡婦・寡夫                           |
| 婚姻状態                | 9  | 同棲                              |
| 婚姻状態                | 12 | 既婚                              |
| 婚姻状態                | 4  | 離婚                              |
| 婚姻状態                | 13 | 死別                              |
| 婚姻状態                | 1  | 不明                              |
| 婚姻状態                | 11 | その他                             |
| 入院直前処方(デボ剤や頓服も入力)なし | 1  | なし                              |
| 退院時処方(デボ剤や頓服も入力)なし  | 1  | なし                              |
| 処方歴(行番号)_効果         | 1  | 著明改善                            |
| 処方歴(行番号)_効果         | 2  | 中等度改善                           |
| 処方歴(行番号)_効果         | 3  | 軽度改善                            |
| 処方歴(行番号)_効果         | 4  | 変化なし                            |

| タイトル             | 値 | 内容         |
|------------------|---|------------|
| 処方歴(行番号)_効果      | 5 | 軽度悪化       |
| 処方歴(行番号)_効果      | 6 | 中等度悪化      |
| 処方歴(行番号)_効果      | 7 | 著明悪化       |
| 処方歴(行番号)_効果      | 8 | 不明         |
| 処方歴(行番号)_副作用     | 1 | あり (中止)    |
| 処方歴(行番号)_副作用     | 2 | あり (継続)    |
| 処方歴(行番号)_副作用     | 3 | なし         |
| 処方歴(行番号)_副作用     | 4 | 不明         |
| クロザピン治療歴         | 3 | あり         |
| クロザピン治療歴         | 2 | なし         |
| クロザピン治療歴         | 1 | 不明         |
| mECT 歴           | 3 | あり         |
| mECT 歴           | 2 | なし         |
| mECT 歴           | 1 | 不明         |
| 心理社会的介入          | 1 | 訪問診療       |
| 心理社会的介入          | 1 | 訪問看護       |
| 心理社会的介入          | 1 | デイケア       |
| 心理社会的介入          | 1 | 就労移行支援     |
| 心理社会的介入          | 1 | 就労継続支援 A   |
| 心理社会的介入          | 1 | 就労継続支援 B   |
| 心理社会的介入          | 1 | 地域活動支援センター |
| 心理社会的介入          | 1 | その他        |
| 心理社会的介入          | 1 | 不明         |
| 精神科入院歴           | 3 | あり         |
| 精神科入院歴           | 2 | なし         |
| 精神科入院歴           | 1 | 不明         |
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激) | 3 | あり         |
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激) | 2 | なし         |
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激) | 1 | 不明         |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激) | 3 | あり         |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激) | 2 | なし         |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激) | 1 | 不明         |
| CBT (認知行動療法)     | 3 | あり         |
| CBT (認知行動療法)     | 2 | なし         |

| タイトル                    | 値  | 内容           |
|-------------------------|----|--------------|
| CBT（認知行動療法）             | 1  | 不明           |
| CRT（認知リハビリテーション）        | 3  | あり           |
| CRT（認知リハビリテーション）        | 2  | なし           |
| CRT（認知リハビリテーション）        | 1  | 不明           |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 1  | ECT          |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 2  | rTMS         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 3  | ニューロモデュレーション |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 4  | 作業療法         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 5  | SST          |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 6  | 認知行動療法       |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 7  | 認知リハビリテーション  |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 8  | 精神分析         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 9  | 森田療法         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 10 | その他の治療法①     |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 11 | その他の治療法②     |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 1  | 著明改善         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 2  | 中等度改善        |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 3  | 軽度改善         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 4  | 変化なし         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 5  | 軽度悪化         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 6  | 中等度悪化        |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 7  | 著明悪化         |
| 入院中の薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 8  | 不明           |
| 入院中の行動制限                | 1  | 隔離           |
| 入院中の行動制限                | 1  | 拘束           |
| 入院中の行動制限                | 1  | 制限           |
| 入院中の行動制限                | 1  | なし           |
| 入院中の行動制限_制限             | 1  | 電話           |
| 入院中の行動制限_制限             | 1  | 面会           |
| 入院中の行動制限_制限             | 1  | 通信           |
| 入院中の行動制限_制限             | 1  | 開放処遇         |
| 詳細記載                    | 1  | 詳細記載         |
| 入院情報の詳細を入力する            | 1  | 入院情報の詳細を入力する |
| 主治医・担当医_主治医_記載者・承認者     | 1  | 記載者          |

| タイトル                 | 値 | 内容            |
|----------------------|---|---------------|
| 主治医・担当医_主治医_記載者・承認者  | 2 | 承認者           |
| 主治医・担当医_担当医①_記載者・承認者 | 1 | 記載者           |
| 主治医・担当医_担当医①_記載者・承認者 | 2 | 承認者           |
| 主治医・担当医_担当医②_記載者・承認者 | 1 | 記載者           |
| 主治医・担当医_担当医②_記載者・承認者 | 2 | 承認者           |
| 主治医・担当医_担当医③_記載者・承認者 | 1 | 記載者           |
| 主治医・担当医_担当医③_記載者・承認者 | 2 | 承認者           |
| 主治医・担当医_担当医④_記載者・承認者 | 1 | 記載者           |
| 主治医・担当医_担当医④_記載者・承認者 | 2 | 承認者           |
| 主治医・担当医_担当医⑤_記載者・承認者 | 1 | 記載者           |
| 主治医・担当医_担当医⑤_記載者・承認者 | 2 | 承認者           |
| 入院形態                 | 1 | 措置            |
| 入院形態                 | 1 | 緊急措置          |
| 入院形態                 | 1 | 応急            |
| 入院形態                 | 1 | 医療保護          |
| 入院形態                 | 1 | 任意            |
| 入院形態                 | 1 | 鑑定            |
| 入院形態                 | 1 | その他           |
| 退院先                  | 1 | 自宅            |
| 退院先                  | 2 | 施設            |
| 退院先                  | 3 | 転院            |
| 退院先                  | 4 | その他           |
| 退院先                  | 5 | 不明            |
| 退院先                  | 6 | 死亡            |
| 退院先_自宅_通院詳細          | 1 | 自院外来          |
| 退院先_自宅_通院詳細          | 2 | 他院外来          |
| 退院先_自宅_通院詳細          | 3 | 通院なし          |
| 退院先_施設_通院詳細          | 1 | 自院外来          |
| 退院先_施設_通院詳細          | 2 | 他院外来          |
| 退院先_施設_通院詳細          | 3 | 通院なし          |
| 退院先_転院_通院詳細          | 1 | 精神科           |
| 退院先_転院_通院詳細          | 2 | 他科            |
| 退院後の詳細情報を入力する        | 1 | 退院後の詳細情報を入力する |
| 世帯構成                 | 1 | 不明            |

| タイトル               | 値 | 内容                            |
|--------------------|---|-------------------------------|
| 世帯構成               | 2 | 在宅(同居者あり)                     |
| 世帯構成               | 3 | 在宅(同居者なし)                     |
| 世帯構成               | 4 | 入所                            |
| 世帯構成               | 5 | その他                           |
| ケアギバー              | 1 | 不明                            |
| ケアギバー              | 2 | なし                            |
| ケアギバー              | 3 | あり                            |
| 現病歴を入力する           | 1 | 現病歴を入力する                      |
| 検査所見の詳細情報を入力する     | 1 | 検査所見の詳細情報を入力する                |
| 脳画像・機能検査_施行        | 0 | 未施行                           |
| 脳画像・機能検査_施行        | 1 | 施行                            |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 1 | 頭部 MRI                        |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 2 | 頭部 CT                         |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 3 | PET                           |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 4 | SPECT                         |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 5 | 脳波                            |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 6 | PSG                           |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 7 | NIRS                          |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 8 | 心筋シンチ                         |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 9 | その他                           |
| 脳画像・機能検査(行番号)_異常有無 | 0 | 異常なし                          |
| 脳画像・機能検査(行番号)_異常有無 | 1 | 異常あり                          |
| 血液生化学検査_施行         | 1 | 未施行                           |
| 血液生化学検査_施行         | 2 | 施行                            |
| 血液生化学検査_異常有無       | 1 | 異常なし                          |
| 血液生化学検査_異常有無       | 2 | 異常あり                          |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 1 | RBC                           |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 2 | WBC                           |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 3 | Plt                           |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 4 | Hb                            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 5 | Ht                            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 6 | AST(GOT)                      |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 7 | ALT(GPT)                      |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 8 | $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP) |

| タイトル                     | 値  | 内容             |
|--------------------------|----|----------------|
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 9  | T-Bil          |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 10 | T-CHO          |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 11 | TG             |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 12 | BUN            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 13 | CRE            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 14 | CK             |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 15 | PRL            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 16 | HbA1c          |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 17 | その他            |
| 心電図レントゲンその他の検査_施行        | 1  | 未施行            |
| 心電図レントゲンその他の検査_施行        | 2  | 施行             |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目 | 1  | 心電図            |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目 | 2  | レントゲン          |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目 | 3  | その他            |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_異常有無 | 1  | 異常なし           |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_異常有無 | 2  | 異常あり           |
| 入院後経過を入力する               | 1  | 入院後経過を入力する     |
| 社会資源情報の詳細を入力する           | 1  | 社会資源情報の詳細を入力する |
| 費目                       | 1  | 国保             |
| 費目                       | 2  | 後期高齢者          |
| 費目                       | 3  | 社保             |
| 費目                       | 4  | 生保             |
| 年金手帳等                    | 1  | 自立支援医療         |
| 年金手帳等                    | 1  | 手帳             |
| 年金手帳等                    | 1  | 障害年金           |
| 年金手帳等                    | 1  | その他            |
| 年金手帳等_手帳                 | 1  | 精神             |
| 年金手帳等_手帳                 | 1  | 療育             |
| 年金手帳等_手帳                 | 1  | 身体             |
| サービス                     | 1  | 医療サービス         |
| サービス                     | 1  | 障害福祉サービス       |
| サービス                     | 1  | 介護保険           |
| サービス                     | 1  | 介護保険サービス       |
| サービス                     | 1  | 行政サービス         |

| タイトル                  | 値 | 内容          |
|-----------------------|---|-------------|
| サービス                  | 1 | その他         |
| サービス_医療サービス           | 1 | 訪問診療        |
| サービス_医療サービス           | 1 | 訪問看護        |
| サービス_医療サービス           | 1 | デイケア        |
| サービス_医療サービス           | 1 | 作業療法(OT)    |
| サービス_医療サービス           | 1 | その他         |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | グループホーム     |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | ショートステイ     |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | ホームヘルパー     |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 自立訓練        |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 就労移行支援      |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 就労継続支援 A    |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 就労継続支援 B    |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 地域活動支援センター  |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | その他         |
| サービス_障害福祉サービス_自立訓練_詳細 | 1 | 入所          |
| サービス_障害福祉サービス_自立訓練_詳細 | 2 | 通所          |
| サービス_介護保険_級           | 1 | 要支援 1       |
| サービス_介護保険_級           | 2 | 要支援 2       |
| サービス_介護保険_級           | 3 | 要介護 1       |
| サービス_介護保険_級           | 4 | 要介護 2       |
| サービス_介護保険_級           | 5 | 要介護 3       |
| サービス_介護保険_級           | 6 | 要介護 4       |
| サービス_介護保険_級           | 7 | 要介護 5       |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | 特養          |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | 老健          |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | グループホーム     |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | ショートステイ     |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | デイサービス      |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | ホームヘルパー     |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | 訪問看護        |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | その他         |
| サービス_行政サービス           | 1 | 市区町村障害福祉課   |
| サービス_行政サービス           | 1 | 子ども家庭支援センター |



| タイトル               | 値 | 内容         |
|--------------------|---|------------|
| サービス_行政サービス        | 1 | 保健所        |
| サービス_行政サービス        | 1 | 児童相談所      |
| サービス_行政サービス        | 1 | その他        |
| サービス_その他           | 1 | 成年後見       |
| サービス_その他           | 1 | 地域福祉権利擁護事業 |
| サービス_その他           | 1 | 自助グループ     |
| サービス_その他           | 1 | その他        |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 1 | 後見         |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 2 | 保佐         |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 3 | 補助         |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 4 | 任意後見       |
| 第2層 b 情報取得無し       | 1 | 無し         |
| BACS_取得            | 1 | 有り         |
| BACS_取得            | 0 | 無し         |
| BACS_言語性記憶_Version | A | A          |
| BACS_言語性記憶_Version | B | B          |
| BACS_言語性記憶_Version | 1 | 1          |
| BACS_言語性記憶_Version | 2 | 2          |
| BACS_言語性記憶_Version | 3 | 3          |
| BACS_言語性記憶_Version | 4 | 4          |
| BACS_言語性記憶_Version | 5 | 5          |
| BACS_言語性記憶_Version | 6 | 6          |
| BACS_言語性記憶_Version | 7 | 7          |
| BACS_言語性記憶_Version | 8 | 8          |
| BACS_ロンドン塔_Version | A | A          |
| BACS_ロンドン塔_Version | B | B          |
| JART-25_取得         | 1 | 有り         |
| JART-25_取得         | 0 | 無し         |
| CGI-S_取得           | 1 | 有り         |
| CGI-S_取得           | 0 | 無し         |
| CGI-S_スコア          | 1 | 1          |
| CGI-S_スコア          | 2 | 2          |
| CGI-S_スコア          | 3 | 3          |
| CGI-S_スコア          | 4 | 4          |

| タイトル             | 値 | 内容     |
|------------------|---|--------|
| CGI-S_スコア        | 5 | 5      |
| CGI-S_スコア        | 6 | 6      |
| CGI-S_スコア        | 7 | 7      |
| 血液検査取得有無         | 1 | 有り     |
| 血液検査取得有無         | 0 | 無し     |
| 血液_血清_取得         | 1 | 有り     |
| 血液_血清_取得         | 0 | 無し     |
| 血清_採血日と別日        | 1 | 採血日と別日 |
| 血液_血漿_取得         | 1 | 有り     |
| 血液_血漿_取得         | 0 | 無し     |
| 血漿_採血日と別日        | 1 | 採血日と別日 |
| DNA_取得           | 1 | 有り     |
| DNA_取得           | 0 | 無し     |
| DNA_採血日と別日       | 1 | 採血日と別日 |
| RNA_取得           | 1 | 有り     |
| RNA_取得           | 0 | 無し     |
| RNA_採血日と別日       | 1 | 採血日と別日 |
| リンパ芽球_取得         | 1 | 有り     |
| リンパ芽球_取得         | 0 | 無し     |
| リンパ芽球_採血日と別日     | 1 | 採血日と別日 |
| 髄液_取得            | 1 | 有り     |
| 髄液_取得            | 0 | 無し     |
| 髄液_採血日と別日        | 1 | 採血日と別日 |
| iPS細胞_取得         | 1 | 有り     |
| iPS細胞_取得         | 0 | 無し     |
| iPS細胞_採血日と別日     | 1 | 採血日と別日 |
| MRI取得有無          | 1 | 有り     |
| MRI取得有無          | 0 | 無し     |
| MRI_SD-T1_取得     | 1 | 有り     |
| MRI_SD-T1_取得     | 0 | 無し     |
| MRI_SD-T1_検査日と別日 | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_SD-T2_取得     | 1 | 有り     |
| MRI_SD-T2_取得     | 0 | 無し     |
| MRI_SD-T2_検査日と別日 | 1 | 検査日と別日 |

| タイトル               | 値 | 内容     |
|--------------------|---|--------|
| MRI_DTI_取得         | 1 | 有り     |
| MRI_DTI_取得         | 0 | 無し     |
| MRI_DTI_検査日と別日     | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_rsfMRI_取得      | 1 | 有り     |
| MRI_rsfMRI_取得      | 0 | 無し     |
| MRI_rsfMRI_検査日と別日  | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_ニューロメラニン_取得    | 1 | 有り     |
| MRI_ニューロメラニン_取得    | 0 | 無し     |
| ニューロメラニン_検査日と別日    | 1 | 検査日と別日 |
| 脳波_取得              | 1 | 有り     |
| 脳波_取得              | 0 | 無し     |
| ポリソムノグラフィー_取得      | 1 | 有り     |
| ポリソムノグラフィー_取得      | 0 | 無し     |
| 心電図_取得             | 1 | 有り     |
| 心電図_取得             | 0 | 無し     |
| 脳組織_ブレインバンク生前登録_取得 | 1 | 有り     |
| 脳組織_ブレインバンク生前登録_取得 | 0 | 無し     |

## 外来サマリー

| タイトル                  | 値 | 内容             |
|-----------------------|---|----------------|
| 性別                    | 1 | 男性             |
| 性別                    | 2 | 女性             |
| 性別                    | 3 | その他            |
| 人種                    | 1 | モンゴロイド (両親日本人) |
| 人種                    | 2 | モンゴロイド (日本人以外) |
| 人種                    | 3 | コーカソイド         |
| 人種                    | 4 | ネグロイド          |
| 人種                    | 5 | その他            |
| 人種                    | 9 | それ以外及び不明       |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_疾患分類 | 1 | 精神疾患           |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_疾患分類 | 2 | 身体疾患           |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰   | 1 | 軽快             |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰   | 2 | 不変             |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰   | 3 | 悪化             |

| タイトル                     | 値  | 内容      |
|--------------------------|----|---------|
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 4  | 死亡      |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_転帰      | 5  | 不明      |
| 診断・プロブレムリスト(行番号)_発症年齢_不明 | 1  | 不明      |
| 併存疾患_有無                  | 1  | あり      |
| 併存疾患_有無                  | 2  | なし      |
| 併存疾患_有無                  | 3  | 不明      |
| 既往歴_有無                   | 3  | あり      |
| 既往歴_有無                   | 2  | なし      |
| 既往歴_有無                   | 1  | 不明      |
| アレルギー_有無                 | 1  | あり      |
| アレルギー_有無                 | 0  | なし      |
| アレルギー_有無                 | 3  | 不明      |
| アレルギー(行番号)_確認法           | 1  | 本人・家族申告 |
| アレルギー(行番号)_確認法           | 1  | 医療従事者確認 |
| 家族歴_有無                   | 3  | あり      |
| 家族歴_有無                   | 2  | なし      |
| 家族歴_有無                   | 1  | 不明      |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 1  | 父       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 2  | 母       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 3  | 兄       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 4  | 姉       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 5  | 弟       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 6  | 妹       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 7  | 子(男)    |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 8  | 子(女)    |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 9  | 祖父      |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 10 | 祖母      |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 11 | 孫(男)    |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 12 | 孫(女)    |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 13 | 伯父      |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 14 | 伯母      |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 15 | 甥       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 16 | 姪       |
| 家族歴(行番号)_続柄              | 17 | 不明      |

| タイトル        | 値 | 内容                                  |
|-------------|---|-------------------------------------|
| 自殺企図歴_有無    | 3 | あり                                  |
| 自殺企図歴_有無    | 2 | なし                                  |
| 自殺企図歴_有無    | 1 | 不明                                  |
| 自殺企図歴_ありの場合 | 1 | 過去                                  |
| 自殺企図歴_ありの場合 | 1 | 入院の原因                               |
| 自殺企図歴_ありの場合 | 1 | 入院中                                 |
| 喫煙歴_有無      | 3 | あり                                  |
| 喫煙歴_有無      | 2 | なし                                  |
| 喫煙歴_有無      | 1 | 不明                                  |
| 喫煙歴_現在      | 1 | 喫煙                                  |
| 喫煙歴_現在      | 2 | 禁煙                                  |
| 問題飲酒歴_有無    | 3 | あり                                  |
| 問題飲酒歴_有無    | 2 | なし                                  |
| 問題飲酒歴_有無    | 1 | 不明                                  |
| 物質乱用歴_有無    | 3 | あり                                  |
| 物質乱用歴_有無    | 2 | なし                                  |
| 物質乱用歴_有無    | 1 | 不明                                  |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 覚せい剤                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 揮発性溶剤(シンナー,トルエン,ガスパンなど)             |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 大麻                                  |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | コカイン                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | ヘロイン                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | MDMA                                |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | MDMA 以外の幻覚剤(LSD,ケタミン,5-Meo-DITP など) |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 危険ドラッグ                              |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)                  |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 鎮痛薬(処方非オピオイド系)                      |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)              |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | 市販薬(鎮咳薬,感冒薬,鎮痛薬,睡眠薬など)              |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | ADHD 治療薬                            |
| 物質乱用歴_内容    | 1 | その他                                 |
| 行動嗜癖_有無     | 3 | あり                                  |
| 行動嗜癖_有無     | 2 | なし                                  |
| 行動嗜癖_有無     | 1 | 不明                                  |

| タイトル                            | 値 | 内容                              |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| 最終学歴                            | 1 | 不明                              |
| 最終学歴                            | 2 | 小学校卒まで                          |
| 最終学歴                            | 3 | 中学校卒まで                          |
| 最終学歴                            | 4 | 高校中退まで（少なくとも1年以上）               |
| 最終学歴                            | 5 | 高校卒まで                           |
| 最終学歴                            | 6 | 大学中退または短大・専門学校卒・中退（少なくとも1年以上）   |
| 最終学歴                            | 7 | 4年制大学卒                          |
| 最終学歴                            | 8 | 大学院修士卒業以上（医・歯学部等の6年制教育の学部卒業を含む） |
| 現在の職業                           | 1 | 不明                              |
| 現在の職業                           | 1 | 就労中                             |
| 現在の職業                           | 1 | 就労中(障害者枠)                       |
| 現在の職業                           | 1 | 就学中                             |
| 現在の職業                           | 1 | 主婦・主夫                           |
| 現在の職業                           | 1 | 休職中                             |
| 現在の職業                           | 1 | 休学中                             |
| 現在の職業                           | 1 | デイケア・就労移行支援                     |
| 現在の職業                           | 1 | 就労継続支援 A B(作業所)                 |
| 現在の職業                           | 1 | 何もしていない                         |
| 現在の職業                           | 1 | その他                             |
| 3か月以内入院                         | 1 | はい                              |
| 3か月以内入院                         | 2 | いいえ                             |
| 1週間当たりの平均の時間_一般の賃金雇用_不明         | 1 | 不明                              |
| 1週間当たりの平均の時間_障害福祉サービスに係る仕事など_不明 | 1 | 不明                              |
| 1週間当たりの平均の時間_同居人のための家庭での家事_不明   | 1 | 不明                              |
| 1週間当たりの平均の時間_自分のための家事_不明        | 1 | 不明                              |
| 1週間当たりの平均の時間_家庭での育児・介護_不明       | 1 | 不明                              |
| 1週間当たりの平均の時間_学校の授業時間_不明         | 1 | 不明                              |
| 1週間当たりの平均の時間_家庭学習や塾など_不明        | 1 | 不明                              |
| 婚姻状態                            | 2 | 未婚                              |
| 婚姻状態                            | 3 | 結婚                              |
| 婚姻状態                            | 5 | 離婚調停中                           |
| 婚姻状態                            | 6 | 別居中                             |
| 婚姻状態                            | 7 | 多妻                              |
| 婚姻状態                            | 8 | 寡婦・寡夫                           |

| タイトル         | 値  | 内容         |
|--------------|----|------------|
| 婚姻状態         | 9  | 同棲         |
| 婚姻状態         | 12 | 既婚         |
| 婚姻状態         | 4  | 離婚         |
| 婚姻状態         | 13 | 死別         |
| 婚姻状態         | 1  | 不明         |
| 婚姻状態         | 11 | その他        |
| 処方歴(行番号)_効果  | 1  | 著明改善       |
| 処方歴(行番号)_効果  | 2  | 中等度改善      |
| 処方歴(行番号)_効果  | 3  | 軽度改善       |
| 処方歴(行番号)_効果  | 4  | 変化なし       |
| 処方歴(行番号)_効果  | 5  | 軽度悪化       |
| 処方歴(行番号)_効果  | 6  | 中等度悪化      |
| 処方歴(行番号)_効果  | 7  | 著明悪化       |
| 処方歴(行番号)_効果  | 8  | 不明         |
| 処方歴(行番号)_副作用 | 1  | あり（中止）     |
| 処方歴(行番号)_副作用 | 2  | あり（継続）     |
| 処方歴(行番号)_副作用 | 3  | なし         |
| 処方歴(行番号)_副作用 | 4  | 不明         |
| クロザピン治療歴     | 3  | あり         |
| クロザピン治療歴     | 2  | なし         |
| クロザピン治療歴     | 1  | 不明         |
| mECT 歴       | 3  | あり         |
| mECT 歴       | 2  | なし         |
| mECT 歴       | 1  | 不明         |
| 心理社会的介入      | 1  | 訪問診療       |
| 心理社会的介入      | 1  | 訪問看護       |
| 心理社会的介入      | 1  | デイケア       |
| 心理社会的介入      | 1  | 就労移行支援     |
| 心理社会的介入      | 1  | 就労継続支援 A   |
| 心理社会的介入      | 1  | 就労継続支援 B   |
| 心理社会的介入      | 1  | 地域活動支援センター |
| 心理社会的介入      | 1  | その他        |
| 心理社会的介入      | 1  | 不明         |
| 精神科入院歴       | 3  | あり         |

| タイトル                | 値  | 内容           |
|---------------------|----|--------------|
| 精神科入院歴              | 2  | なし           |
| 精神科入院歴              | 1  | 不明           |
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激)    | 3  | あり           |
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激)    | 2  | なし           |
| rTMS (反復経頭蓋磁気刺激)    | 1  | 不明           |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激)    | 3  | あり           |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激)    | 2  | なし           |
| tDCS (経頭蓋直流電気刺激)    | 1  | 不明           |
| CBT (認知行動療法)        | 3  | あり           |
| CBT (認知行動療法)        | 2  | なし           |
| CBT (認知行動療法)        | 1  | 不明           |
| CRT (認知リハビリテーション)   | 3  | あり           |
| CRT (認知リハビリテーション)   | 2  | なし           |
| CRT (認知リハビリテーション)   | 1  | 不明           |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 1  | ECT          |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 2  | rTMS         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 3  | ニューロモデュレーション |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 4  | 作業療法         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 5  | SST          |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 6  | 認知行動療法       |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 7  | 認知リハビリテーション  |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 8  | 精神分析         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 9  | 森田療法         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 10 | その他の治療法①     |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_治療法 | 11 | その他の治療法②     |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 1  | 著明改善         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 2  | 中等度改善        |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 3  | 軽度改善         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 4  | 変化なし         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 5  | 軽度悪化         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 6  | 中等度悪化        |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 7  | 著明悪化         |
| 薬物療法以外の治療法(行番号)_効果  | 8  | 不明           |
| 詳細記載                | 1  | 詳細記載         |



| タイトル               | 値 | 内容                 |
|--------------------|---|--------------------|
| 外来情報の詳細を入力する       | 1 | 外来情報の詳細を入力する       |
| 自宅での生活環境の詳細情報を入力する | 1 | 自宅での生活環境の詳細情報を入力する |
| 世帯構成               | 1 | 不明                 |
| 世帯構成               | 2 | 在宅(同居者あり)          |
| 世帯構成               | 3 | 在宅(同居者なし)          |
| 世帯構成               | 4 | 入所                 |
| 世帯構成               | 5 | その他                |
| ケアギバー              | 1 | 不明                 |
| ケアギバー              | 2 | なし                 |
| ケアギバー              | 3 | あり                 |
| 現病歴を入力する           | 1 | 現病歴を入力する           |
| 検査所見の詳細情報を入力する     | 1 | 検査所見の詳細情報を入力する     |
| 脳画像・機能検査_施行        | 0 | 未施行                |
| 脳画像・機能検査_施行        | 1 | 施行                 |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 1 | 頭部 MRI             |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 2 | 頭部 CT              |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 3 | PET                |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 4 | SPECT              |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 5 | 脳波                 |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 6 | PSG                |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 7 | NIRS               |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 8 | 心筋シンチ              |
| 脳画像・機能検査(行番号)_検査項目 | 9 | その他                |
| 脳画像・機能検査(行番号)_異常有無 | 0 | 異常なし               |
| 脳画像・機能検査(行番号)_異常有無 | 1 | 異常あり               |
| 血液生化学検査_施行         | 1 | 未施行                |
| 血液生化学検査_施行         | 2 | 施行                 |
| 血液生化学検査_異常有無       | 1 | 異常なし               |
| 血液生化学検査_異常有無       | 2 | 異常あり               |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 1 | RBC                |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 2 | WBC                |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 3 | Plt                |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 4 | Hb                 |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目  | 5 | Ht                 |

| タイトル                     | 値  | 内容                            |
|--------------------------|----|-------------------------------|
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 6  | AST(GOT)                      |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 7  | ALT(GPT)                      |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 8  | $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP) |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 9  | T-Bil                         |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 10 | T-CHO                         |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 11 | TG                            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 12 | BUN                           |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 13 | CRE                           |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 14 | CK                            |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 15 | PRL                           |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 16 | HbA1c                         |
| 血液生化学検査(行番号)_検査項目        | 17 | その他                           |
| 心電図レントゲンその他の検査_施行        | 1  | 未施行                           |
| 心電図レントゲンその他の検査_施行        | 2  | 施行                            |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目 | 1  | 心電図                           |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目 | 2  | レントゲン                         |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_検査項目 | 3  | その他                           |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_異常有無 | 1  | 異常なし                          |
| 心電図レントゲンその他の検査(行番号)_異常有無 | 2  | 異常あり                          |
| 社会資源情報の詳細を入力する           | 1  | 社会資源情報の詳細を入力する                |
| 費目                       | 1  | 国保                            |
| 費目                       | 2  | 後期高齢者                         |
| 費目                       | 3  | 社保                            |
| 費目                       | 4  | 生保                            |
| 年金手帳等                    | 1  | 自立支援医療                        |
| 年金手帳等                    | 1  | 手帳                            |
| 年金手帳等                    | 1  | 障害年金                          |
| 年金手帳等                    | 1  | その他                           |
| 年金手帳等_手帳                 | 1  | 精神                            |
| 年金手帳等_手帳                 | 1  | 療育                            |
| 年金手帳等_手帳                 | 1  | 身体                            |
| サービス                     | 1  | 医療サービス                        |
| サービス                     | 1  | 障害福祉サービス                      |
| サービス                     | 1  | 介護保険                          |

| タイトル                  | 値 | 内容         |
|-----------------------|---|------------|
| サービス                  | 1 | 介護保険サービス   |
| サービス                  | 1 | 行政サービス     |
| サービス                  | 1 | その他        |
| サービス_医療サービス           | 1 | 訪問診療       |
| サービス_医療サービス           | 1 | 訪問看護       |
| サービス_医療サービス           | 1 | デイケア       |
| サービス_医療サービス           | 1 | 作業療法(OT)   |
| サービス_医療サービス           | 1 | その他        |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | グループホーム    |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | ショートステイ    |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | ホームヘルパー    |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 自立訓練       |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 就労移行支援     |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 就労継続支援 A   |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 就労継続支援 B   |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | 地域活動支援センター |
| サービス_障害福祉サービス         | 1 | その他        |
| サービス_障害福祉サービス_自立訓練_詳細 | 1 | 入所         |
| サービス_障害福祉サービス_自立訓練_詳細 | 2 | 通所         |
| サービス_介護保険_級           | 1 | 要支援 1      |
| サービス_介護保険_級           | 2 | 要支援 2      |
| サービス_介護保険_級           | 3 | 要介護 1      |
| サービス_介護保険_級           | 4 | 要介護 2      |
| サービス_介護保険_級           | 5 | 要介護 3      |
| サービス_介護保険_級           | 6 | 要介護 4      |
| サービス_介護保険_級           | 7 | 要介護 5      |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | 特養         |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | 老健         |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | グループホーム    |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | ショートステイ    |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | デイサービス     |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | ホームヘルパー    |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | 訪問看護       |
| サービス_介護保険サービス         | 1 | その他        |

| タイトル               | 値 | 内容          |
|--------------------|---|-------------|
| サービス_行政サービス        | 1 | 市区町村障害福祉課   |
| サービス_行政サービス        | 1 | 子ども家庭支援センター |
| サービス_行政サービス        | 1 | 保健所         |
| サービス_行政サービス        | 1 | 児童相談所       |
| サービス_行政サービス        | 1 | その他         |
| サービス_その他           | 1 | 成年後見        |
| サービス_その他           | 1 | 地域福祉権利擁護事業  |
| サービス_その他           | 1 | 自助グループ      |
| サービス_その他           | 1 | その他         |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 1 | 後見          |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 2 | 保佐          |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 3 | 補助          |
| サービス_その他_成年後見_種別   | 4 | 任意後見        |
| 第2層 b 情報取得無し       | 1 | 無し          |
| BACS_取得            | 1 | 有り          |
| BACS_取得            | 0 | 無し          |
| BACS_言語性記憶_Version | A | A           |
| BACS_言語性記憶_Version | B | B           |
| BACS_言語性記憶_Version | 1 | 1           |
| BACS_言語性記憶_Version | 2 | 2           |
| BACS_言語性記憶_Version | 3 | 3           |
| BACS_言語性記憶_Version | 4 | 4           |
| BACS_言語性記憶_Version | 5 | 5           |
| BACS_言語性記憶_Version | 6 | 6           |
| BACS_言語性記憶_Version | 7 | 7           |
| BACS_言語性記憶_Version | 8 | 8           |
| BACS_ロンドン塔_Version | A | A           |
| BACS_ロンドン塔_Version | B | B           |
| JART-25_取得         | 1 | 有り          |
| JART-25_取得         | 0 | 無し          |
| CGI-S_取得           | 1 | 有り          |
| CGI-S_取得           | 0 | 無し          |
| CGI-S_スコア          | 1 | 1           |
| CGI-S_スコア          | 2 | 2           |

| タイトル             | 値 | 内容     |
|------------------|---|--------|
| CGI-S_スコア        | 3 | 3      |
| CGI-S_スコア        | 4 | 4      |
| CGI-S_スコア        | 5 | 5      |
| CGI-S_スコア        | 6 | 6      |
| CGI-S_スコア        | 7 | 7      |
| 血液検査取得有無         | 1 | 有り     |
| 血液検査取得有無         | 0 | 無し     |
| 血液_血清_取得         | 1 | 有り     |
| 血液_血清_取得         | 0 | 無し     |
| 血清_採血日と別日        | 1 | 採血日と別日 |
| 血液_血漿_取得         | 1 | 有り     |
| 血液_血漿_取得         | 0 | 無し     |
| 血漿_採血日と別日        | 1 | 採血日と別日 |
| DNA_取得           | 1 | 有り     |
| DNA_取得           | 0 | 無し     |
| DNA_採血日と別日       | 1 | 採血日と別日 |
| RNA_取得           | 1 | 有り     |
| RNA_取得           | 0 | 無し     |
| RNA_採血日と別日       | 1 | 採血日と別日 |
| リンパ芽球_取得         | 1 | 有り     |
| リンパ芽球_取得         | 0 | 無し     |
| リンパ芽球_採血日と別日     | 1 | 採血日と別日 |
| 髄液_取得            | 1 | 有り     |
| 髄液_取得            | 0 | 無し     |
| 髄液_採血日と別日        | 1 | 採血日と別日 |
| iPS細胞_取得         | 1 | 有り     |
| iPS細胞_取得         | 0 | 無し     |
| iPS細胞_採血日と別日     | 1 | 採血日と別日 |
| MRI取得有無          | 1 | 有り     |
| MRI取得有無          | 0 | 無し     |
| MRI_SD-T1_取得     | 1 | 有り     |
| MRI_SD-T1_取得     | 0 | 無し     |
| MRI_SD-T1_検査日と別日 | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_SD-T2_取得     | 1 | 有り     |

| タイトル               | 値 | 内容     |
|--------------------|---|--------|
| MRI_SD-T2_取得       | 0 | 無し     |
| MRI_SD-T2_検査日と別日   | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_DTI_取得         | 1 | 有り     |
| MRI_DTI_取得         | 0 | 無し     |
| MRI_DTI_検査日と別日     | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_rsfMRI_取得      | 1 | 有り     |
| MRI_rsfMRI_取得      | 0 | 無し     |
| MRI_rsfMRI_検査日と別日  | 1 | 検査日と別日 |
| MRI_ニューロメラニン_取得    | 1 | 有り     |
| MRI_ニューロメラニン_取得    | 0 | 無し     |
| ニューロメラニン_検査日と別日    | 1 | 検査日と別日 |
| 脳波_取得              | 1 | 有り     |
| 脳波_取得              | 0 | 無し     |
| ポリソムノグラフィー_取得      | 1 | 有り     |
| ポリソムノグラフィー_取得      | 0 | 無し     |
| 心電図_取得             | 1 | 有り     |
| 心電図_取得             | 0 | 無し     |
| 脳組織_ブレインバンク生前登録_取得 | 1 | 有り     |
| 脳組織_ブレインバンク生前登録_取得 | 0 | 無し     |

## サマリー小児用

| タイトル        | 値  | 内容              |
|-------------|----|-----------------|
| 性別          | 1  | 男性              |
| 性別          | 2  | 女性              |
| 性別          | 9  | 不明              |
| 人種          | 1  | モンゴロイド（両親とも日本人） |
| 人種          | 2  | それ以外            |
| アレルギー有無     | 1  | なし              |
| アレルギー有無     | 2  | あり              |
| アレルギー有無     | 3  | 不明              |
| 精神科家族歴有無    | 1  | なし              |
| 精神科家族歴有無    | 2  | あり              |
| 精神科家族歴有無    | 3  | 不明              |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 1  | 父               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 2  | 母               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 3  | 兄               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 4  | 姉               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 5  | 弟               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 6  | 妹               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 7  | 子（男）            |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 8  | 子（女）            |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 9  | 祖父              |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 10 | 祖母              |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 11 | 孫（男）            |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 12 | 孫（女）            |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 13 | 伯父              |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 14 | 伯母              |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 15 | 甥               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 16 | 姪               |
| 家族歴(行番号)_続柄 | 17 | 不明              |
| 兄弟有無        | 1  | なし              |
| 兄弟有無        | 2  | あり              |
| 兄弟有無        | 3  | 不明              |
| 両親の婚姻状況     | 1  | 未婚              |

| タイトル      | 値  | 内容        |
|-----------|----|-----------|
| 両親の婚姻状況   | 2  | 既婚        |
| 両親の婚姻状況   | 3  | 離婚        |
| 両親の婚姻状況   | 4  | 死別        |
| 両親の婚姻状況   | 5  | その他       |
| 両親の婚姻状況   | 9  | 不明        |
| 居住状況      | 1  | 両親(実父、実母) |
| 居住状況      | 2  | 実母のみ      |
| 居住状況      | 3  | 実父のみ      |
| 居住状況      | 4  | 義母のみ      |
| 居住状況      | 5  | 義父のみ      |
| 居住状況      | 6  | 両親(実父、義母) |
| 居住状況      | 7  | 両親(義父、実母) |
| 居住状況      | 8  | 両親(義父、義母) |
| 居住状況      | 9  | 祖父母宅      |
| 居住状況      | 10 | 親戚宅       |
| 居住状況      | 11 | 里親        |
| 居住状況      | 12 | 児童養護施設    |
| 居住状況      | 13 | 不明        |
| 居住状況      | 14 | その他       |
| 喫煙歴有無     | 1  | なし        |
| 喫煙歴有無     | 2  | あり        |
| 喫煙歴有無     | 3  | 不明        |
| 飲酒歴有無     | 1  | なし        |
| 飲酒歴有無     | 2  | あり        |
| 飲酒歴有無     | 3  | 不明        |
| 物質乱用・依存有無 | 1  | なし        |
| 物質乱用・依存有無 | 2  | あり        |
| 物質乱用・依存有無 | 3  | 不明        |
| 行動嗜癖有無    | 1  | なし        |
| 行動嗜癖有無    | 2  | あり        |
| 行動嗜癖有無    | 3  | 不明        |
| 在籍する教育機関  | 1  | 幼稚園       |
| 在籍する教育機関  | 2  | 保育園       |
| 在籍する教育機関  | 3  | 認定こども園    |



| タイトル           | 値  | 内容     |
|----------------|----|--------|
| 在籍する教育機関       | 4  | 療育機関   |
| 在籍する教育機関       | 5  | 小学校    |
| 在籍する教育機関       | 6  | 中学校    |
| 在籍する教育機関       | 7  | 高校     |
| 在籍する教育機関       | 8  | 高等専門学校 |
| 在籍する教育機関       | 9  | 該当なし   |
| 在籍する教育機関       | 10 | 不明     |
| 在籍する教育機関_小学校内容 | 1  | 普通級    |
| 在籍する教育機関_小学校内容 | 2  | 特別支援学級 |
| 在籍する教育機関_小学校内容 | 3  | 通級指導教室 |
| 在籍する教育機関_小学校内容 | 4  | 特別支援学校 |
| 在籍する教育機関_中学校内容 | 1  | 普通級    |
| 在籍する教育機関_中学校内容 | 2  | 特別支援学級 |
| 在籍する教育機関_中学校内容 | 3  | 通級指導教室 |
| 在籍する教育機関_中学校内容 | 4  | 特別支援学校 |
| 在籍する教育機関_高校内容  | 1  | 普通     |
| 在籍する教育機関_高校内容  | 2  | 定時制    |
| 在籍する教育機関_高校内容  | 3  | 通信制    |
| 在籍する教育機関_高校内容  | 4  | 特別支援学校 |
| 就学状況           | 1  | 通学中    |
| 就学状況           | 2  | 不登校    |
| 就学状況           | 3  | 不定期の通学 |
| 就学状況           | 4  | 別室登校   |
| 就学状況           | 5  | 不明     |
| 被虐待歴有無         | 2  | あり     |
| 被虐待歴有無         | 1  | なし     |
| 被虐待歴有無         | 3  | 不明     |
| 被虐待歴有_内容       | 1  | 身体的    |
| 被虐待歴有_内容       | 1  | 性的     |
| 被虐待歴有_内容       | 1  | 心理的    |
| 被虐待歴有_内容       | 1  | その他    |
| 被虐待歴有_児童相談所介入歴 | 1  | あり     |
| 被虐待歴有_児童相談所介入歴 | 0  | なし     |
| 人間関係の問題有無      | 2  | あり     |

| タイトル          | 値 | 内容       |
|---------------|---|----------|
| 人間関係の問題有無     | 1 | なし       |
| 人間関係の問題有無     | 3 | 不明       |
| 人間関係の問題有_内容   | 1 | いじめ被害    |
| 人間関係の問題有_内容   | 1 | いじめ加害    |
| 人間関係の問題有_内容   | 1 | 恋愛       |
| 人間関係の問題有_内容   | 1 | 教師とのトラブル |
| 人間関係の問題有_内容   | 1 | その他      |
| 他者への暴力有無      | 2 | あり       |
| 他者への暴力有無      | 1 | なし       |
| 他者への暴力有無      | 3 | 不明       |
| 他者への暴力有_内容    | 1 | 家族       |
| 他者への暴力有_内容    | 1 | 知人       |
| 他者への暴力有_内容    | 1 | 動物虐待     |
| 他者への暴力有_内容    | 1 | 教師       |
| 他者への暴力有_内容    | 1 | その他      |
| 自傷有無          | 2 | あり       |
| 自傷有無          | 1 | なし       |
| 自傷有無          | 3 | 不明       |
| 自殺企図有無        | 2 | あり       |
| 自殺企図有無        | 1 | なし       |
| 自殺企図有無        | 3 | 不明       |
| クロザピン治療歴有無    | 1 | なし       |
| クロザピン治療歴有無    | 2 | あり       |
| クロザピン治療歴有無    | 3 | 不明       |
| mECT 歴有無      | 1 | なし       |
| mECT 歴有無      | 2 | あり       |
| mECT 歴有無      | 3 | 不明       |
| 身体障害者手帳有無     | 1 | なし       |
| 身体障害者手帳有無     | 2 | あり       |
| 身体障害者手帳有無     | 3 | 不明       |
| 療育手帳有無        | 1 | なし       |
| 療育手帳有無        | 2 | あり       |
| 療育手帳有無        | 3 | 不明       |
| 精神障害者保健福祉手帳有無 | 1 | なし       |

| タイトル                   | 値 | 内容   |
|------------------------|---|------|
| 精神障害者保健福祉手帳有無          | 2 | あり   |
| 精神障害者保健福祉手帳有無          | 3 | 不明   |
| 心理社会的介入有無              | 2 | あり   |
| 心理社会的介入有無              | 1 | なし   |
| 心理社会的介入有無              | 3 | 不明   |
| 精神科入院歴有無               | 1 | なし   |
| 精神科入院歴有無               | 2 | あり   |
| 精神科入院歴有無               | 3 | 不明   |
| 現在の処方有無                | 1 | なし   |
| 現在の処方有無                | 2 | あり   |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 1 | 内服   |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 2 | 点鼻   |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 3 | 貼付   |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 4 | 吸入   |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 5 | うがい  |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 6 | 点滴   |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 7 | 静脈注射 |
| 現在の処方(行番号)_剤型          | 8 | 筋注   |
| 現在の処方(行番号)_1日あたりの用量_単位 | 1 | mg   |
| 現在の処方(行番号)_1日あたりの用量_単位 | 2 | その他  |