

実習内容
ならびに
スケジュール

糖尿病内分泌・免疫内科

曜日	時間	内容	担当	集合時間	集合場所
月	第1週目				
	8:40~8:50	オリエンテーション(全員)	松井	8:30~	1-12階糖尿病内分泌・免疫内科医局
	8:50~9:20	オリエンテーション(全員)	松井		2-4階共用カンファレンス室
	9:30~10:30 14:00~16:00 の空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	16:30~	<合同カンファレンス・セミナー 実施日時要確認> 糖尿病内分泌・免疫内科合同カンファレンス (月1回 実施日要確認)	小山・松井		要確認
	<糖尿病内分泌内科>				
	9:30~11:00	患者割り当て	小西・角田		1-4階共用カンファレンス室
	14:30~17:00	教授回診・カンファレンス	小山		8東病棟・1-4共用カンファレンス室
	17:00~18:00	グループカンファレンス(実施日要確認)	小山		1-4共用カンファレンス室
	<免疫内科>				
9:30~10:00	新患・重症カンファレンス	松井		1号館11階西病棟	
10:00~11:00	患者割り当て(3名)	松井		1号館11階西病棟	
14:00~15:00	患者割り当て(3名) & 電子カルテ実習(POS指導)	吉川		1号館11階西病棟	
9:30~13:00	総合内科外来実習 (月曜日に割り当てられた学生)	山崎		総合内科外来	
火	<糖尿病内分泌内科>				
	14:00~15:30	糖尿病グループカンファレンス	楠		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習(免疫内科は終日病棟実習)	各主治医		各病棟
8:50~13:00	総合内科外来実習 (火曜日に割り当てられた学生)	川端		総合内科外来	
水	<糖尿病内分泌内科>				
	16:00~18:00	内分泌グループカンファレンス	角谷		1-4階共用カンファレンス室
	<免疫内科>				
	15:00~17:00	症例検討カンファレンス	古川・橋本		2-4階共用カンファレンス室
9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟	
8:50~13:00	総合内科外来実習 (水曜日に割り当てられた学生)	長澤		総合内科外来	
木	<糖尿病内分泌内科>				
	16:00~17:00	糖尿病セミナー	楠		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習(免疫内科は終日病棟実習)	各主治医		各病棟
8:50~13:00	総合内科外来実習 (木曜日に割り当てられた学生)	新村		総合内科外来	
金	<免疫内科>				
	13:00~14:00	総合内科月曜日学生症例検討	松井		2-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習(糖尿病内分泌内科は終日病棟実習)	各主治医		各病棟
8:50~13:00	総合内科外来実習 (金曜日に割り当てられた学生)	山崎		総合内科外来	

	全員参加
	糖尿病内分泌G
	免疫内科G
	総合内科

実習内容
ならびに
スケジュール

糖尿病内分泌・免疫内科

曜日	時間	内容	担当	集合時間	集合場所
月	第2週目				
	14:30~17:00	<糖尿病内分泌内科> 教授回診・カンファレンス	小山		8東病棟・1-4共用カンファレンス室
	8:40~9:10	<免疫内科> 免疫セミナー	松井		1-4階共用カンファレンス室
	9:10~9:30	新患・重症カンファレンス	松井		1号館11階西病棟
	9:30~11:00	症例討論+プレゼンテーションについて	松井		2-4階共用カンファレンス室
	14:00~16:00	電子カルテ実習 (POS指導)	吉川		2-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習 (月曜日に割り当てられた学生)	山崎		総合内科外来
16:30~	<合同カンファレンス・セミナー 実施日時要確認> 糖尿病内分泌・免疫内科合同カンファレンス (月1回 実施日要確認)	小山・松井		要確認	
火	14:00~15:30	<糖尿病内分泌内科> 糖尿病グループカンファレンス	楠		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習 (免疫内科は終日病棟実習)	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習 (火曜日に割り当てられた学生)	川端		総合内科外来
水	16:00~18:00	<糖尿病内分泌内科> 内分泌グループカンファレンス	角谷		1-4階共用カンファレンス室
	15:00~17:00	<免疫内科> 症例検討カンファレンス	古川・橋本		2-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習 (水曜日に割り当てられた学生)	長澤		総合内科外来
木	16:00~17:00	<糖尿病内分泌内科> 内分泌セミナー	角谷		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習 (免疫内科は終日病棟実習)	各主治医		各病棟
	13:00~15:00	<免疫内科> 症例検討・プレゼン指導	東		2-4階共用カンファレンス室
	8:50~13:00	総合内科外来実習 (木曜日に割り当てられた学生)	新村		総合内科外来
金	9:00~15:00	<免疫内科> 病棟実習	各主治医		各病棟
	15:00~17:00	小括	松井		2-4階共用カンファレンス室
	8:50~13:00	総合内科外来実習 (金曜日に割り当てられた学生)	山崎		総合内科外来

	全員参加
	糖尿病内分泌G
	免疫内科G
	総合内科

実習内容
ならびに
スケジュール

糖尿病内分泌・免疫内科

曜日	時間	内容	担当	集合時間	集合場所
月	第3週目				
	9:10~10:00	<糖尿病内分泌内科> 患者割り当て	小西・角田		1-4階共用カンファレンス室
	14:30~17:00	教授回診・カンファレンス	小山		8東病棟・1-4階共用カンファレンス室
	17:00~18:00	グループカンファレンス（実施日要確認）	小山		1-4階共用カンファレンス室
	8:40~9:10	<免疫内科> 免疫セミナー	松井		1-4階共用カンファレンス室
	9:10~9:30	免疫内科新患・重症カンファレンス	松井		1号館11階西病棟
	9:30~11:00	患者割り当て	松井		2-4階共用カンファレンス室
	14:00~15:00	電子カルテ実習（POS指導）	吉川		1号館11階西病棟
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習（月曜日に割り当てられた学生）	山崎		総合内科外来
16:30~	<合同カンファレンス・セミナー 実施日時要確認> 糖尿病内分泌・免疫内科合同カンファレンス （月1回 実施日要確認）	小山・松井		要確認	
火	14:00~15:30	<糖尿病内分泌内科> 糖尿病グループカンファレンス	楠		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習（免疫内科は終日病棟実習）	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習（火曜日に割り当てられた学生）	川端		総合内科外来
	17:00~18:00	総合内科クルズス	長澤		2-4階共用カンファレンス室
水	16:00~18:00	<糖尿病内分泌内科> 内分泌グループカンファレンス	角谷		1-4階共用カンファレンス室
	15:00~17:00	<免疫内科> 症例検討カンファレンス	古川・橋本		2-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習（水曜日に割り当てられた学生）	長澤		総合内科外来
木	16:00~17:00	<糖尿病内分泌内科> 糖尿病セミナー	楠		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習（木曜日に割り当てられた学生）	新村		総合内科外来
	17:00~18:00	総合内科教授まとめ（全員）	新村		2-4階共用カンファレンス室
金	9:00~14:00	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習（金曜日に割り当てられた学生）	山崎		総合内科外来

	全員参加
	糖尿病内分泌G
	免疫内科G
	総合内科

実習内容
ならびに
スケジュール

糖尿病内分泌・免疫内科

曜日	時間	内容	担当	集合時間	集合場所
月	第4週目				
	14:30~17:00	<糖尿病内分泌内科> 教授回診・カンファレンス	小山		8東病棟・1-4共用カンファレンス室
	17:00~18:00	グループカンファレンス（実施日要確認）	小山		1-4共用カンファレンス室
	8:40~9:10	<免疫内科> 免疫セミナー	松井		1-4階共用カンファレンス室
	9:10~9:30	新患・重症カンファレンス	松井		1号館11階西病棟
	9:30~11:00	症例討論+プレゼンテーションについて	松井		2-4階共用カンファレンス室
	14:00~16:00	電子カルテ実習（POS指導）	吉川		2-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
16:30~	<合同カンファレンス・セミナー 実施日時要確認> 糖尿病内分泌・免疫内科合同カンファレンス （月1回 実施日要確認）	小山・松井		要確認	
8:50~13:00	総合内科外来実習（月曜日に割り当てられた学生）	山崎		総合内科外来	
火	14:00~15:30	<糖尿病内分泌内科> 糖尿病グループカンファレンス	楠		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習（免疫内科は終日病棟実習）	各主治医		各病棟
	14:00~17:00	クリクラ教授まとめ（全員）	小山		2-4階共用カンファレンス室
	8:50~13:00	総合内科外来実習（火曜日に割り当てられた学生）	川端		総合内科外来
	17:00~18:00	総合内科クルズ	森川		2-4階共用カンファレンス室
水	16:00~18:00	<糖尿病内分泌内科> 内分泌グループカンファレンス	角谷		1-4階共用カンファレンス室
	15:00~17:00	<免疫内科> 免疫内科グループ症例検討	古川・橋本		2-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	8:50~13:00	総合内科外来実習（水曜日に割り当てられた学生）	長澤		総合内科外来
木	16:00~17:00	<糖尿病内分泌内科> 内分泌セミナー	角谷		1-4階共用カンファレンス室
	9時~17時までの 空き時間	病棟実習	各主治医		各病棟
	13:00~ 15:00	<免疫内科> 症例検討・プレゼン指導	東		2-4階共用カンファレンス室
	8:50~13:00	総合内科外来実習（木曜日に割り当てられた学生）	新村		総合内科外来
	17:00~18:00	総合内科教授まとめ（全員）	新村		2-4階共用カンファレンス室
金	9:00~14:00	病棟実習	各主治医		各病棟
	14:00~17:00	クリクラ教授まとめ（全員）	小山		2-4階共用カンファレンス室
	8:50~13:00	総合内科外来実習（金曜日に割り当てられた学生）	山崎		総合内科外来

	全員参加
	糖尿病内分泌G
	免疫内科G
	総合内科

2021-2022年度 臨床実習シラバス

◎診療科名；総合内科

◎責任者氏名：新村 健 主任教授

◎教育担当教員氏名：長澤康行講師、山崎博充 助教（連絡先）

◎実習概要

1. 外来実習（病歴、身体所見、外来振り返り）（全員、割り振られた曜日のみ）
2. 「感染症の鑑別診断と抗生剤の使い方」クルズス（全員、第3火曜日）（長澤）
3. 症例レビュー（全員、第3木曜日）（新村）
4. 「臨床推論」クルズス（全員、第4火曜日）（森川）
5. 症例プレゼンテーション（全員、第4木曜日）（新村）

を行い、総合診療領域において臨床推論能力の修得を目指す。

◎到達すべき学修成果（アウトカム）

- ・外来で遭遇する主要症候を説明し、鑑別診断が実施できる
- ・医療面接が適切に実施できる
- ・基本的な診察が実施できる
- ・症候ごとに適切な検査計画が立案できる
- ・基本的な検査データを評価できる
- ・適切なカルテ記載ができる
- ・担当症例に関して適切なプレゼンテーションが行える
- ・患者の立場に配慮した対応ができる

◎卒業時アウトカムとの関連

Web シラバス「臨床実習のアウトカム評価」参照。

◎事前学習内容

- ・内科教科書の主要症候、身体診察に関する総論を読んでおく（2日）
- ・4年次の総合診療学講義資料を復習する（2日）

◎評価方法

知識/技能/態度についてS/A/B/Cで評価。ルーブリックで明示

評価	S	A	B	C
知識	主要症候の病態を説明でき、重要度、頻度からの鑑別診断を実施できる	主要症候の病態を説明でき、鑑別診断を実施できる	主要症候を概説し、鑑別診断を最低限挙げられる	主要症候について概説できる
知識	鑑別診断のための合理的な検査計画を立案でき、主要所見を概説できる	鑑別診断のための合理的な検査計画を立案できる	鑑別診断に必要な検査を列挙できる。	鑑別診断に必要な検査を最低限挙げられる
技術	医療面接を行いながら、適切に臨床推論が行える	医療面接を行いながら、鑑別診断に必要な情報を収集できる	医療面接を適切に実施できる	医療面接を実施できる
技術	診察で得た所見をカルテに記載し、病態との関連を説明できる	診察で得た所見をカルテに記載し、重みづけができる	基本的な診察を実施できる	基本的な診察の一部ができる
技術	データの意義を理解し、病態を適切に評価できる	データを理解し、その意義を説明できる	基本的なデータを理解できる	基本的なデータの一部が理解できる
技術	問題点を列挙し、系統的にプレゼンテーションができる	状況に合わせて過不足なく担当症例のプレゼンテーションができる	担当症例のプレゼンテーションができる	担当症例のプレゼンテーションが一部できる
態度	患者と十分コミュニケーションすることにより短時間に信頼関係を構築できる	患者とコミュニケーションすることにより、ある程度の信頼関係を構築できる	患者とコミュニケーションできる	患者に対して失礼な態度をしない

態度		積極的に実習に取り組み、指導医に質問ができる	積極的に実習に取り組む	実習はこなすが受動的である
----	--	------------------------	-------------	---------------

◎パフォーマンス評価

実習中以下の評価を行う。

第4週の月～金曜日 外来指導医による mini-CEX またはプレゼンテーション評価を行う

第4週の木曜日 担当症例についてのプレゼンテーション評価を行う

◎中間評価とフィードバック

以下の中間評価とフィードバックを行う。

月～金曜日 面接終了後、外来指導医により症例振り返りを行う

第3週の木曜日 3週間における担当症例についての振り返りを行う

◎注意事項

第1週の外来担当日は月曜日のみ全体オリエンテーションのため午前9時30分に、他の曜日は午前8時50分に、内科診察室42番に集合すること

第2から4週の外来担当日は午前8時50分までに内科診察室42番に集合すること

第3週の木曜日午後5時、第4週の月曜日午後2時、第4週の火曜日午後5時、第4週の木曜日午後5時には2号館4階共用カンファレンスルーム1に全員集合すること

◎ 診療科名： 糖尿病内分泌・免疫内科

◎ 責任者氏名： 小山 英則 主任教授

◎ 教育担当教員氏名： 松井 聖教授（免疫内科責任者）、
東 直人准教授、小西 康輔講師、
森本 麻衣助教、吉川卓宏助教

◎ 実習概要

1.カンファレンス 2. 教授回診 3. 病棟実習 4. 外来実習 5. その他各種検査点治療の見などを診療グループに属し行動を共にする。糖尿病・内分泌・代謝・免疫領域において密接に患者と接するとともに、病態生理を十分に理解し、的確な診断と治療方針の考え方を理解する。

◎ 到達すべき学修成果（アウトカム）

1. 臨床診断推論

- 1) 基本的診療知識に基づき、症例に関する情報を収集・分析できる。
- 2) 得られた情報（問診・診察所見・検査結果）をもとに、その症例の病態のアセスメントができる。
- 3) 病歴と身体所見等の情報を統合して、鑑別診断ができる。
- 4) 糖尿病・内分泌代謝・アレルギー・リウマチ性疾患の症例に関して、検査計画・鑑別診断が立案できる。

2. 診察法

- 1) 医療面接における基本的コミュニケーション技法を用いることができる。
- 2) 一般内科全体の疾患の病態と鑑別診断を考慮した詳細な病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、社会歴、システムレビュー）を聞き取り、情報を取捨選択し整理できる。
- 3) 全身状態とバイタルサインを把握することができる。
- 4) 基本的な身体所見（頭頸部、胸部、腹部、四肢・脊柱、関節・筋）を評価できる。

3 臨床経過と治療

- 1) 適切な治療計画を立てることができる。

- 2) 毎日の検査・治療に同伴し、その内容を理解できる。
- 3) 毎日の患者の体調変化や不安感、要望などを聴取し、指導医に報告ができる。
- 4) グループの医師とともに検査結果などを患者に説明できる。
- 5) グループの医師とともに家族などへ病状説明をできる能力がある。

4. 診療記録と症例プレゼンテーション

- 1) 患者の状態、検査結果の判明、治療の進行に基づいて、日々適切に診療経過を SOAP（主観的所見、客観的所見、評価、計画）に基づいてカルテに記載できる。
- 2) ウィークリーサマリーを毎週金曜日にカルテに記載できる。
- 3) 症例を適切に要約する習慣を身につけ、主治医への報告ができ、グループミーティングで症例要約を発表し、議論に参加できる。
- 4) 教授回診で担当患者のプレゼンテーションを行い、議論に参加できる。
- 5) 症例検討会で担当患者のプレゼンテーションを行い、議論に参加できる。
- 6) 担当症例の問題点を文献的に考察し、クリクラグループ全員で議論ができる（教授まとめ）

◎ 卒業時アウトカムとの関連

Web シラバス「臨床実習のアウトカム評価」参照。

◎ 事前学修内容(時間)

- 1) 糖尿病・内分泌・免疫・アレルギー講義シラバスの復習（3 日間）
- 2) 内科診断学（症候学）（8 時間）
- 3) 基本的な医療面接・診察法とその記載方法を復習しておくこと（4 時間）
- 4) 検査学の復習（4 時間）
- 5) Up to date , PubMed 等による疾患の検索の仕方（3 時間）
- 6) 症例発表のためのオリエンテーションについて、もう一度、復習（1 時間）

◎参加実習スケジュール

1. 4 週間を通して全員が参加するスケジュール

月曜日：第 1 週目 オリエンテーション（松井）

糖尿病内分泌・免疫内科合同カンファレンス（要日程確認：第 4 週月曜日 2-4 カンファ）

内科カンファレンス（要日程・場所確認）

金曜日：第 2 週目 小括（松井/森本） 第 3, 4 週 教授まとめ（小山）

2. 主科 2 週間を通して参加するスケジュール

A. 糖尿病内分泌科で参加するカンファレンス等

月曜日：糖尿病内分泌グループ教授回診、糖尿病内分泌グループカンファレンス

火曜日：糖尿病グループカンファレンス

水曜日：内分泌グループカンファレンス

B. 免疫内科で参加するカンファレンス等

月曜日：第2週～4週目 朝の免疫セミナー、新患・重症カンファレンス（松井）

第1週～4週目午後 電子カルテ記載実習・評価（吉川）（9月以降）

水曜日：電子カルテ記載実習・評価（森本）

免疫内科グループ症例カンファレンス（橋本・古川）

木曜日：第2, 4週午後 症例検討（東直人）（9月以降）

金曜日：第1～4週午後 症例検討

3. 患者受け持ちについて

割り当てられた患者を主治医グループの一員として主治医・指導医と担当し、
毎日回診を行い、1日1回電子カルテを記載する。

主治医・指導医と適切なコミュニケーションをとり、共に症例を検討し電子カルテ上にウィークリーサマリーを作成する。

◎ 評価方法（ループリック）

	内容	S	A	B	C
知技	病歴聴取 Mini-CEX	医師レベル	不十分も、 独自で努力あり	不十分だが 努力あり	聴取なし。 カルテの確認のみ
技	身体所見の診察 DOPS	医師レベル	やや不十分だが 独自で努力あり	不十分だが 努力あり	実施なし。 カルテの確認のみ
知	検査計画立案 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	立案なし
知	検査理解 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	理解なし
知	検査結果解釈 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
態	実習態度 (診療グループと)	毎日行動を 共にする	ほぼ行動を共に する	不在のこ とが多い。	行動を共にする事 が少ない。
知技態	病状説明	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
知技態	カルテ記載	医師レベル	毎日の記載なし	まれに記載 のみ	記載なし
知技態	Weekly サマリー	医師レベル	やや不十分	不十分	記載なし
態	グループミーティング CbD	積極的に 議論、質問	議論に参加	参加	参加なし
態	医療スタッフ との関係 CbD	議論・質問 あり	議論に参加	参加	参加なし
知技態	教授回診での	医師レベル	やや不十分	不十分	不可

	症例提示				
知技態	症例検討会での症例提示	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
態	症例検討会での積極性	質問・議論に加わる	質問できる	参加のみ	寝ている

水曜日の免疫内科グループ症例カンファレンスで担当医として受け持ち患者の症例プレゼンテーションを行う。

◎ パフォーマンス評価

第3,4週の金曜日14:00～の「教授まとめ」において症例提示・考察の評価により行う。評価は、

- 受け持ち症例をもとに、検討・考察すべきポイントの重要性
- 考察のために、重要な論文を収集できるか（英語、新しさ、インパクトのある論文など）
- 論文の内容を十分に把握できるか。論文の単語の意味を調べる必要があるか、全体を日本語訳せず英語のままで理解すること。
- 他の学生が理解できるように、内容が説明できるか。図などをあらかじめ拡大してコピーしておくなど、工夫すること（スライドを作る必要はない）
- 論文の内容について、全学生が最低一つは質問すること、それに的確にこたえること
- 論文の内容をもとに、最終的に受け持ち患者をどのように考察するか

以上をもとに総合的にS、A、B、Cで評価する。

SとCについてはその場で本人に評価を伝える。

◎ 中間評価とフィードバック

第2週の金曜日午後。症例考察発表会後

◎ 注意事項

- 1 実習態度を最も重視して評価します。
- 2 カルテ記載後に必ず主治医、指導医、クリクラ担当教員（森本）のチェックを受け、サインをもらってください。
- 3 出欠は重要ですので欠席しないようにしてください。
毎日オリエンテーションの際に指定された担当教員のサインをもらってください。
- 4 患者さんの質問に対してはその内容を主治医に伝えてください。答える場合は、あくまで学生の立場であることを伝え、後で指導医に確認する旨を伝えてください。
- 5 第1週目の月曜日8:40（松井）に共用カンファレンス室2号館4階に集合してください。月曜日が祝祭日の場合、第1週目の火曜日は8:40（橋本）に共用カンファレンス室2号館4階に集合してください。総合内科の外来実習は9:30からとなります。

- 6 見学実習については希望者には行いますので、各科（糖尿病内分泌科、免疫内科）のオリエンテーションの時間に申し出てください。見学して頂きます。
- 7 充実した実習を行うため、積極的に参加し、student doctor として臨床グループの一員として実習を行ってください。
- 8 わからないことがあれば何でも主治医・指導医にすぐ相談をしてください。

欧文医学用語・略語集（糖尿病・内分泌代謝領域）

- 1 acromegaly 先端巨大症
- 2 acute suppurative thyroiditis 急性化膿性甲状腺炎
- 3 Addison's disease アジソン病
- 4 adenomatous goiter 腺腫様甲状腺腫
- 5 ADA adenosine deaminase アデノシンデアミナーゼ
- 6 adipo[cyto]kine アディポ [サイト] カイン
- 7 adrenal gland 副腎
- 8 ACTH adrenocorticotropic hormone 副腎皮質刺激ホルモン
- 9 AGEs advanced glycation end products 糖化反応最終産物
- 10 AER albumin excretion rate アルブミン排泄率
- 11 ARI aldose reductase inhibitor アルドース還元酵素阻害剤
- 12 α -GI α -glucosidase inhibitor α - グルコシダーゼ阻害薬
- 13 1,5-AG 1,5-anhydroglucitol 1,5- アンヒドログルシトール
- 14 anaplastic thyroid cancer 甲状腺未分化癌
- 15 androgen アンドロゲン
- 16 ACE angiotensin converting enzyme アンジオテンシン変換酵素
- 17 ABI ankle-brachial pressure index 足関節- 上腕血圧比
- 18 anorexia 食思不振
- 19 ADH antidiuretic hormone 抗利尿ホルモン
- 20 [anti-]GAD antibody [抗] GAD (グルタミン酸脱炭酸酵素) 抗体
- 21 [anti-]insulin antibody [抗] インスリン抗体
- 22 IAA [anti-]insulin autoantibody [抗] インスリン自己抗体
- 23 AVP arginine vasopressin アルギニンバソプレシン
- 24 atherosclerosis (アテローム性) 動脈硬化
- 25 autoimmune pancreatitis 自己免疫性膵炎
- 26 autoimmune polyglandular syndrome 自己免疫性多腺性症候群
- 27 BMR basal metabolic rate 基礎代謝率
- 28 biguanide ビグアナイド
- 29 BMI body mass index 体格指数
- 30 buffalo hump 野牛肩
- 31 calcification 石灰化
- 32 calcitonin カルシトニン
- 33 catecholamine カテコラミン
- 34 carbohydrate 炭水化物
- 35 central obesity 中心性肥満
- 36 cholesterol コレステロール
- 37 CETP cholesterol ester transfer protein コレステロールエステル転送蛋白質

- 38 CM chylomicron カイロミクロン
- 39 CAH congenital adrenal hyperplasia 先天性副腎皮質過形成
- 40 CGM continuous glucose monitoring 持続血糖モニター
- 41 CSII continuous subcutaneous insulin infusion 持続皮下インスリン注入 [療法]
- 42 CRH corticotropin releasing hormone 副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン
- 43 Cushing syndrome クッシング症候群
- 44 CPR C peptide immunoreactivity C - ペプチド免疫活性
- 45 dawn phenomenon 暁（あかつき）現象
- 46 DHEA-S dehydroepiandrosterone sulfate デヒドロエピアンドロステロン サルフェイト
- 47 DM diabetes mellitus 糖尿病
- 48 DI diabetes insipidus 尿崩症
- 49 DKA diabetic ketoacidosis 糖尿病 [性] ケトアシドーシス
- 50 diabetic complication 糖尿病 [性] 合併症
- 51 diabetic foot 糖尿病 [性] 足病変
- 52 diabetic gangrene 糖尿病 [性] 壊疽
- 53 diabetic gastroenteropathy 糖尿病 [性] 胃腸障害（胃腸症）
- 54 diabetic nephropathy 糖尿病 [性] 腎症
- 55 diabetic neuropathy 糖尿病 [性] 神経障害
- 56 diabetic retinopathy 糖尿病網膜症
- 57 DPP-4 inhibitor dipeptidyl peptidase-4 inhibitor シペプチジルペプチダーゼ-4阻害薬
- 58 dopamine ドーパミン
- 59 ectopic ACTH syndrome 異所性ACTH症候群
- 60 electrolyte 電解質
- 61 epinephrine エピネフリン
- 62 EPO erythropoietin エリスロポイエチン
- 63 exophthalmus 眼球突出
- 64 FH familial hypercholesterolemia 家族性高コレステロール血症
- 65 FBS fasting blood glucose 空腹時血糖値
- 66 FPG fasting plasma glucose 空腹時血漿血糖値
- 67 FA fatty acid 脂肪酸
- 68 FNAB fine needle aspiration biopsy 穿刺吸引細胞診
- 69 FSH follicle stimulating hormone 卵胞刺激ホルモン
- 70 follicular thyroid cancer 甲状腺濾胞癌
- 71 fulminant type 1 diabetes mellitus 劇症1型糖尿病
- 72 gastrinoma ガストリノーマ（ガストリン産生腫瘍）
- 73 GDM gestational diabetes mellitus 妊娠糖尿病
- 74 glinide グリニド [薬]

- 75 GIP glucose-dependent insulinotropic polypeptide
グルコース依存性インスリン分泌刺激ポリペプチド
- 76 glucagon グルカゴン
- 77 GLP-1 glucagon-like peptide-1 グルカゴン様ペプチド- 1
- 78 GLP-1 receptor agonist G L P-1 受容体作動薬
- 79 glucagonoma グルカゴノーマ (グルカゴン産生腫瘍)
- 80 glucocorticoid 糖質コルチコイド
- 81 glucose ブドウ糖 (グルコース)
- 82 glucose intolerance 耐糖能障害
- 83 glucose toxicity (glucotoxicity) ブドウ糖毒性
- 84 GLUT glucose transporter ブドウ糖輸送担体
- 85 gout 痛風
- 86 GI glycemic index グライセミックインデックス [血糖上昇係数 (指数)]
- 87 GA glycoalbumin グリコアルブミン (糖化アルブミン)
- 88 glycohemoglobin (glycated hemoglobin) グリコヘモグロビン (糖化ヘモグロビン)
- 89 GH growth hormone 成長ホルモン
- 90 GRH growth hormone releasing hormone 成長ホルモン放出ホルモン
- 91 HbA1c hemoglobin A1c ヘモグロビンA 1 c
- 92 HDL high density lipoprotein 高比重リポ蛋白質
- 93 HOMA- β homeostasis model assessment- β (インスリン分泌能の指標)
- 94 HOMA-R homeostasis model assessment-R (インスリン抵抗性の指標)
- 95 HMG CoA 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase
HMG C o A還元酵素
- 96 HONK hyperosmolar non-ketotic diabetic coma 高浸透圧性非ケトン性糖尿病性昏睡
- 97 hyperparathyroidism 副甲状腺機能亢進症
- 98 hypoparathyroidism 副甲状腺機能低下症
- 99 hypothalamus 視床下部
- 100 hypothyroidism 甲状腺機能低下症
- 101 IRI immunoreactive insulin 免疫活性インスリン
- 102 IGT impaired glucose tolerance 耐糖能異常 (障害)
- 103 incretin インクレチン
- 104 insulin インスリン
- 105 IGF (-I, -II) insulin like growth factor(-I, II) インスリン様成長因子 (- I , - I I)
- 106 II insulinogenic index インスリン分泌指数 (インスリノジェニック インデックス)
- 107 IDDM insulin-dependent diabetes mellitus インスリン依存性糖尿病
- 108 insulinoma インスリノーマ (インスリン産生腫瘍)
- 109 insulin receptor インスリン受容体
- 110 insulin resistance インスリン抵抗性

- 111 ITT insulin tolerance test インスリン負荷試験
- 112 insulinitis 膵島炎
- 113 IDL intermediate density lipoprotein 中間型リポ蛋白質
- 114 islet of Langerhans ランゲルハンス島
- 115 ICA islet cell [auto]antibody 膵島細胞 [自己] 抗体
- 116 Kussmaul breathing (respiration) クスマウル (大) 呼吸
- 117 lactic acidosis 乳酸アシドーシス
- 118 LHRH LH-releasing hormone 黄体形成ホルモン放出ホルモン
- 119 LPL lipoprotein lipase リポ蛋白質リパーゼ
- 120 LDL low density lipoprotein 低比重リポ蛋白質
- 121 LH luteinizing hormone 黄体形成ホルモン
- 122 life style-related disease (disorder) 生活習慣病
- 123 macroangiopathy 大血管障害
- 124 MODY maturity-onset (type) diabetes of the young 若年発症成人型糖尿病
- 125 medullary thyroid cancer 甲状腺髄様癌
- 126 metabolic syndrome メタボリック シンドローム
- 127 microalbuminuria 微量アルブミン尿
- 128 microangiopathy 細小血管障害
- 129 mineralo corticoid 鉱質コルチコイド
- 130 moon face 満月様顔貌
- 131 MEN multiple endocrine neoplasia 多発性内分泌腫瘍
- 132 myxedema 粘液水腫
- 133 NASH nonalcoholic steatohepatitis 非アルコール性脂肪性肝炎
- 134 NIDDM non-insulin dependent diabetes mellitus インスリン非依存性糖尿病
- 135 NDR non-diabetic retinopathy 糖尿病網膜症なし
- 136 NKHC non-ketotic hyperosmolar coma 非ケトン性高浸透圧性昏睡
- 137 norepinephrine ノルエピネフリン
- 138 nutrition 栄養
- 139 OGTT oral glucose tolerance test 経口ブドウ糖負荷試験
- 140 OHA oral hypoglycemic agent 経口血糖降下薬
- 141 osteomalacia 骨軟化症
- 142 osteoporosis 骨粗鬆症
- 143 ovary 卵巣
- 144 painless thyroiditis 無痛性甲状腺炎
- 145 pancreas 膵臓
- 146 pancreas transplantation 膵 [臓] 移植
- 147 pancreatic islet [cell] transplantation 膵島 [細胞] 移植
- 148 PP pancreatic polypeptide 膵ポリペプチド

- 149 papillary thyroid cancer 甲状腺乳頭癌
- 150 PTH parathyroid hormone 副甲状腺ホルモン
- 151 pheochromocytoma 褐色細胞腫
- 152 PL phospholipid リン脂質
- 153 pituitary gland 下垂体
- 154 PAC plasma aldosterone concentration 血漿アルドステロン濃度
- 155 PRA plasma renin activity 血漿レニン活性
- 156 Plummer disease プランマー病
- 157 polydipsia 多飲
- 158 polyuria 多尿
- 159 PTN post-treatment neuropathy 治療後神経障害
- 160 postprandial hyperglycemia 食後高(過)血糖
- 161 PPDR preproliferative diabetic retinopathy 前増殖糖尿病網膜症
- 162 primary aldosteronism 原発性アルドステロン症
- 163 proinsulin プロインスリン
- 164 PRL prolactin プロラクチン
- 165 PDR proliferative diabetic retinopathy 増殖糖尿病網膜症
- 166 PWV pulse wave velocity 脈波伝播速度
- 167 QOL quality of life 生活の質
- 168 renal glucosuria 腎性グルコース尿 (腎性糖尿)
- 169 secondary diabetes mellitus 二次性糖尿病
- 170 SMBG self-monitoring of blood glucose 血糖自己測定
- 171 SDR simple diabetic retinopathy 単純糖尿病網膜症
- 172 soft drink ketosis ソフトドリンクケトーシス
- 173 SPIDDM slowly progressive IDDM 緩徐進行性インスリン依存型糖尿病
- 174 slowly progressive type 1 DM 緩徐進行性1型糖尿病
- 175 somatomedin C ソマトメジンC
- 176 somatostatin ソマトスタチン
- 177 somatostatinoma ソマトスタチノーマ (ソマトスタチン産生腫瘍)
- 178 Somogyi effect ソモジー効果
- 179 striae cutis 皮膚線条
- 180 subacute thyroiditis 亜急性甲状腺炎
- 181 SU sulfonylurea スルホニル尿素
- 182 SIADH syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone
抗利尿ホルモン分泌異常症候群
- 183 testis 睪丸
- 184 tetany テタニー
- 185 TZD thiazolidinedione チアゾリジンジオン

- 186 Tg thyroglobulin サイログロブリン
- 187 TPO thyroid peroxidase 甲状腺ペルオキシダーゼ
- 188 TSH thyroid stimulating hormone 甲状腺刺激ホルモン
- 189 thyrotoxicosis 甲状腺中毒症
- 190 TRH thyrotropin-releasing hormone TSH 放出ホルモン
- 191 tremor 振戦
- 192 TG triglyceride トリグリセライド (中性脂肪)
- 193 TRAb TSH receptor antibody 抗TSHレセプター抗体
- 194 type 1 diabetes mellitus 1型糖尿病
- 195 type 2 diabetes mellitus 2型糖尿病
- 196 UA uric acid 尿酸
- 197 UAE urinary albumin excretion 尿アルブミン排泄
- 198 VIP vasoactive intestinal polypeptide 血管作動性腸管ポリペプチド
- 199 VLCD very low calory diet 超低カロリー食 [療法]
- 200 VLDL very low density lipoprotein 超低比重リポ蛋白質
- 201 visceral fat obesity 内臓脂肪 [型] 肥満
- 202 waist circumference ウエスト周囲径
- 203 W/H ratio waist-to-hip ratio ウエスト/ヒップ比
- 204 Whipple triad ウィップルの三徴
- 205 XO xanthine oxidase キサンチンオキシダーゼ

欧文医学用語・略語集 (免疫内科領域)

- 1 ADCC antibody dependent cell mediated cytotoxicity 抗体依存性細胞障害活性
- 2 ADA adenosine deaminase アデノシンデアミナーゼ
- 3 AGA allergic granulomatous angitis アレルギー性肉芽腫性血管炎
- 4 AIDS acquired immunodeficiency syndrome 後天性免疫不全症候群
- 5 ANA antinuclear antibody 抗核抗体
- 6 ANCA antineutrophil cytoplasmic antibody 抗好中球細胞質抗体
- 7 AOSD adult onset Still's disease 成人発症ステル病
- 8 APC antigen presenting cell 抗原提示細胞
- 9 APS anti-phospholipid antibody syndrome 抗リン脂質抗体症候群
- 10 AS ankylosing spondylitis 強直性脊椎炎
- 11 BCR B cell receptor B細胞抗原受容体
- 12 BJP Bence Jones protein ベンスジョーンズ蛋白
- 13 CNS central nervous system 中枢神経系
- 14 COX cyclooxygenase シクロオキシゲナーゼ
- 15 CREST calcinosis Raynaud's esophageal hypomotility sclerodactylia
teleangiectasia クレスト症候群

- 16 CP cyclophosphamide サイクロホスファミド
- 17 CRP C reactive protein C反応性蛋白
- 18 CyA cyclosporine A サイクロスポリンA
- 19 DLE discoid lupus erythematosus 慢性円板状エリトマトーデス
- 20 DM dermatomyositis 皮膚筋炎
- 21 DPGN diffuse proliferative glomerulonephritis びまん性増殖性糸球体腎炎
- 22 EBV Epstein-Bar virus エプスタインバーウイルス
- 23 ENA extractable nuclear antigen 可溶性核抗原
- 24 ESR erythrocyte sedimentation rate 赤血球沈降反応
- 25 HIV human immunodeficiency virus ヒト免疫不全ウイルス
- 26 HLA human leukocyte antigen ヒト白血球抗原
- 27 IC immune complex 免疫複合体
- 28 IFN interferon インターフェロン
- 29 Ig immunoglobulin 免疫グロブリン
- 30 IL interleukin インターロイキン
- 31 JRA juvenile rheumatoid arthritis 若年性関節リウマチ
- 32 LAC lupus anticoagulant ループス抗凝固因子
- 33 LPS lipopolysaccharide リポポリサッカライド
- 34 MALT mucosal-associated lymphoid tissue 粘膜関連リンパ組織
- 35 MCTD mixed connective tissue disease 混合性結合組織病
- 36 MHC major histocompatibility complex 主要組織適合性抗原
- 37 MM multiple myeloma 多発性骨髄腫
- 38 MMP matrix metalloproteinase マトリックスメタロプロテアーゼ
- 39 MRA malignant rheumatoid arthritis 悪性関節リウマチ
- 40 NK natural killer ナチュラルキラー
- 41 NSAID nonsteroidal anti-inflammatory drugs 非ステロイド性抗炎症剤
- 42 OA osteoarthritis 変形性関節症
- 43 PCR polymerase chain reaction ポリメラーゼ連鎖反応
- 44 PHA phytohemagglutinin フィトヘマグルチニン
- 45 PG prostaglandin プロスタグランジン
- 46 PM polymyositis 多発性筋炎
- 47 PMR polymyalgia rheumatica リウマチ性多発性筋痛症
- 48 PN polyarteritis nodosa 結節性多発性動脈炎
- 49 PSL prednisolone プレドニゾロン
- 50 PSS progressive systemic sclerosis 進行性全身性硬化症
- 51 QOL quality of life 患者の人生の質
- 52 RA rheumatoid arthritis 関節リウマチ
- 53 RF rheumatoid factor リウマチ因子

- 54 RF rheumatic fever リウマチ熱
- 55 RTA renotubular acidosis 腎尿細管性アシドーシス
- 56 SjS Sjogren syndrome シェーグレン症候群
- 57 SLE systemic lupus erythematosus 全身性エリトマトーデス
- 58 SSc Systemic Sclerosis 全身性硬化症
- 59 TA temporal arteritis 側頭動脈炎
- 60 TCR T cell receptor T細胞抗原受容体
- 61 TLI total lymphoid irradiation 全身リンパ節照射
- 62 WG Wegener granulomatosis ウェゲナー肉芽腫症

◆ 到達チェック項目 ◆

【内科一般】	出来た	出来なかった
<input type="checkbox"/> 医療面接が正確に	[]	[]
<input type="checkbox"/> 身体診察が正確にできる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 口唇生検の介助ができる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 静脈採血が正確にできる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 末梢静脈の血管確保（アンギオカット挿入）を見学し、介助できる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル挿入を見学し、介助できる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 静脈血採血を見学し、介助できる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 胃管の挿入と抜去ができる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 尿道カテーテルの挿入の抜去ができる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 創部の消毒、ガーゼ交換ができる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 診療録（カルテ）が正確かつ系統だって記載できる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 画像（X線、超音波、CT、MRI）診断が適切に行える	[]	[]
<input type="checkbox"/> 問題解決のためのEBMが実践できる	[]	[]
<input type="checkbox"/> 治療計画の立案ができる	[]	[]
<input type="checkbox"/> チーム医療を理解し実践できる	[]	[]

【糖尿病・内分泌・代謝内科領域】

出来た

出来なかった

1. 糖尿病の診断のための問診と基本診察法を学ぶ

①問診のポイント

<input type="checkbox"/> 糖尿病の発症・増悪時にしばしばみられる体調の変化（自覚症状や体重の推移など）を把握し、これをまとめることができる。	[]	[]
<input type="checkbox"/> 糖尿病の家族歴（その家族の治療歴を含めて）を聴取できる。	[]	[]
<input type="checkbox"/> 糖尿病に関連した健診などの結果（ドックや入社時・定期検診など）を理解し、患者に説明できる。	[]	[]
<input type="checkbox"/> 発症・増悪に際しての生活上の変化（食生活・運動量・感染・外傷・ストレスなど）を聴取できる。	[]	[]

②診察のポイント

- 急性代謝失調に基づく症状（脱水あるいは高浸透圧による口渇・多飲・多尿・倦怠感・体重減少など）を理解できる。 [] []
 - 急性代謝失調に基づく臨床所見（皮膚・舌乾燥・アセトン臭・Kussmaul 大呼吸・意識障害など）の診察ができる。 [] []
 - 慢性合併症（網膜症・腎症・神経障害・大血管障害）に基づく症状と特徴的所見の診察ができる。 [] []
2. 糖尿病の病態把握と治療のために必要な検査法を学ぶ
- 糖尿病に関連した臨床検査データを理解し、全身状態の評価ができる。 [] []
3. 糖尿病治療の概略を学ぶ。
- 食事・運動療法の意義を理解し、指導できる。 [] []
 - 糖尿病の薬物療法（経口血糖降下薬・インスリン注射およびインクレチン治療薬）の特徴と適応を理解し、説明できる。 [] []
4. 低血糖症の病態とその対策
- 血糖の恒常性維持の機構を理解できる。 [] []
 - 低血糖症の分類の概略ができる。 [] []
 - インスリノーマについて理解できる。 [] []
 - 薬剤性低血糖とその対策について理解できる。 [] []
5. 内分泌・代謝疾患の診断のための必要な基本的診察法およびその所見を学ぶ。
- 病歴聴取の仕方 [] []
 - 診察の仕方（特に甲状腺の触診） [] []
 - 全身症状および全身所見の理解（肥満、やせ、低身長、高身長、高血圧、低血圧、動悸、多尿、性早熟、二次性徴の遅延、多毛、女性化乳房、乳汁漏出） [] []
 - 精神所見の理解（抑鬱状態、意識障害、痙攣）皮膚所見の理解（湿潤度、色素沈着異常、黄色腫、皮膚の過伸展） [] []
 - 頭部・顔面の所見の理解（末端肥大症様顔貌、クッシング様顔貌、バセドウ様顔貌、甲状腺機能低下症にともなう顔貌） [] []
 - 四肢の所見の理解（手足の変形、手指振戦、浮腫、粘液水腫、アキレス腱肥厚、足底部肥厚）、筋力の所見の理解（筋の萎縮、筋力低下） [] []
6. 内分泌・代謝疾患の診断のために必要な検査結果の理解と画像診断
- 甲状腺機能・形態検査結果の理解 [] []
 - 脳下垂体、副腎皮質ホルモン検査結果の理解および画像診断 [] []
 - カルシウム代謝と副甲状腺ホルモン検査結果の理解 [] []
 - 高脂血症の検査結果の理解 [] []
 - 高尿酸血症・低尿酸血症の検査結果の理解 [] []

3 . 内分泌疾患および代謝疾患の診断、治療方針の概略を学ぶ。

- 診断 [] []
- 治療 [] []

【アレルギー・リウマチ内科領域】

1 . 膠原病の診断のための必要な基本診察を学ぶ

- 特徴的な膠原病の皮膚所見の診察 [] []
- 特徴的な関節リウマチの関節症状の診察 [] []
- 膠原病の心・肺症状の診察 [] []
- 膠原病の消化器症状の診察 [] []
- 膠原病の筋症状の診察 [] []
- 膠原病の腎症状の診察 [] []

2 . 膠原病の診断のための必要な検査結果の理解

- 疾患特異的自己抗体の理解 [] []
- ループス腎炎の組織型の理解 [] []
- 関節リウマチのレントゲン所見 [] []
- サーモグラフィーの理解 [] []
- 口唇生検の組織型の理解 [] []
- 唾液腺シンチの理解 [] []
- 間質性肺炎、肺線維症のX線所見の理解 [] []

3 . 膠原病の診断、鑑別ができ、治療方針の概略を学ぶ

[] []

4 . 免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン剤の作用を理解し、副作用の管理を学ぶ

[] []

5 . アレルギー疾患のための必要な検査の結果を理解する

[] []

6 . アレルギー疾患の診断、鑑別ができ、治療方針の概略を学ぶ

[] []

アレルギーリウマチ内科評価シート

担当主治医（病院助手、レジデント）評価シート

担当主治医の先生は、以下の表と診察法の評価を御願いたします。

評価者 _____

実習期間 月 日～ 月 日

担当学生 _____ グループ _____

	内容	S	A	B	C
知技	病歴聴取 Mini-CEX	医師レベル	不十分も、独 自で努力あり	不十分だが 努力あり	聴取なし。カ ルテの確認 のみ
技	診察：身体所 見 DOPS	医師レベル	やや不十分だ が独自で努力 あり	不十分だが 努力あり	実施なし。カ ルテ確認の み
知	検査計画立案 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	立案なし
知	検査理解 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	理解なし
知	検査結果解釈 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
態	実習態度 (診療グループ との係わり)	毎日行動を 共にする	ほぼ行動を共 にする	不在のことが 多い。	行動を共に することが 少ない。
知技態	病状説明	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
態	医療スタッフ との関係 CbD	議論・質問 あり	議論に参加	参加	参加なし

アレルギーリウマチ内科評価シート

担当主治医（病院助手、レジデント）診察法評価シート

実習期間 月 日～ 月 日 グループ _____

学生氏名 _____

評価主治医 _____

診察評価

頭頸部	1)	S A B C	頭部（顔貌、頭髪、頭皮、頭蓋）の診察ができる
	2)	S A B C	眼（視野、瞳孔、対光反射、眼球運動、突出、結膜）
	3)	S A B C	耳（耳介、聴力）の診察ができる
	4)	S A B C	（音叉を用いて聴力試験を実施できる）
	5)	S A B C	口唇、口腔、咽頭の診察ができる
	6)	S A B C	（鼻腔、副鼻腔の診察ができる）
	7)	S A B C	甲状腺、頸部、血管、気管を診察できる
	8)	S A B C	唾液腺、頭頸部リンパ節の診察ができる
胸部	1)	S A B C	胸部の視診、触診、打診ができる
	2)	S A B C	呼吸音の聴診ができる
	3)	S A B C	心音と心雑音の聴診ができる
	4)	S A B C	背部の叩打痛を確認できる
腹部	1)	S A B C	腹部の視診、聴診ができる
	2)	S A B C	区分に応じて腹部の打診、触診ができる
	3)	S A B C	腹膜刺激徴候の有無を判断できる
	4)	S A B C	腹水の有無を判断できる
神経	1)	S A B C	意識状態を判定できる
	2)	S A B C	脳神経系の診察ができる
	3)	S A B C	腱反射の診察ができる
	4)	S A B C	小脳機能・運動系の診察ができる
	5)	S A B C	感覚系の診察ができる
	6)	S A B C	髄膜刺激所見が確認できる
四肢 と脊柱	1)	S A B C	四肢と脊柱を診察できる
	2)	S A B C	関節（関節可動域を含む）を診察ができる
	3)	S A B C	筋骨格系が診察できる（MMT）

アレルギーリウマチ内科評価シート
グループヘッドの先生の評価シート

実習期間 月 日～ 月 日 グループ _____

学生氏名 _____

グループ長 _____

	内容	S	A	B	C
知	検査計画立案 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	立案なし
知	検査理解 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	理解なし
知	検査結果解釈 CbD	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
態	実習態度 (診療グループと の係わり)	毎日行動を 共にする	ほぼ行動を 共にする	不在のこ とが多い。	行動を共に することが 少ない。
知技態	病状説明	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
知技態	Weekly サマリー	医師レベル	やや不十分	不十分	記載なし
態	グループ ミーティング CbD	積極的に 議論、質問	議論に参加	参加	参加なし

アレルギーリウマチ内科評価シート
臨床実習担当責任者の評価シート

実習期間 月 日～ 月 日 グループ _____

学生氏名 _____

評価者 _____

	内容	S	A	B	C
態	実習態度 (診療グループとの係わり)	毎日行動を 共にする	ほぼ行動を 共にする	不在のこ とが多い。	行動を共に することが 少ない。
知技態	カルテ記載	医師レベル	毎日の記載 なし	まれに記載 のみ	記載なし
態	医療スタッ フとの関係 CbD	議論・質問 あり	議論に参加	参加	参加なし
知技態	症例検討会 での症例提示	医師レベル	やや不十分	不十分	不可
態	症例検討会 での積極性	質問・議論に 加わる	質問できる	参加のみ	寝ている

アレルギー・リウマチ内科カンファレンスシート

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____

概要 _____

プロブレム（現状—評価—今後の方針の順番で記載）

現状 _____

評価 _____

今後の方針 _____

現状 _____

評価 _____

今後の方針 _____

現状 _____

評価 _____

今後の方針 _____

病棟実習を より効果的に行うために

糖尿病内分泌・免疫内科学

森本麻衣

訪床前に事前準備を！ 1

患者さんの病気や治療についてきちんと把握していますか？

- ⇒ 事前にカルテで体調・治療内容・検査/受診予定をチェックしよう
昨日の病状は今日も同じとは限りません。

法外な時間ではないか？

- ⇒ 食事中や早すぎるor遅すぎる時間、お風呂の前後などに突然来られたら、自分でもいやなのでは。

訪床前に事前準備を！2

自分は大丈夫か？

- ⇒ **患者さんの多くは易感染宿主です。**
インフルエンザや感冒、流行性角結膜炎など感染症の恐れがある場合、
絶対に病棟に行かずに事前に医局に連絡を
- ⇒ 身だしなみは大丈夫ですか？不快感を与えませんか？
髪はただくくるのではなく、落ちてこないようにまとめよう。『かおり』は控えめに！

今日は何をしよう？

- ⇒ 聞くべきこと、とるべき所見を
あらかじめピックアップしておけば
訪床後にあわてません。

病棟について

まずは手洗い。

- ⇒ 患者さんの多くは易感染宿主です。
細心の注意を払ってください。

病棟は通常業務

- ⇒ 看護師さんの交代時期や記録が必要な時間帯には
端末を占領しないように
- ⇒ 廊下や病棟内で患者さんやスタッフの通行の邪魔にならぬよう気を付けよう
- ⇒ 荷物を置いて仕事の邪魔にならないように気を付けよう

いざ訪床！

カーテンの外で『〇〇です。失礼します』と声掛けをし、
入っていいか確認をしてからはいること

⇒ 何も言わずにカーテンを開けたり、
入ってもいいか確認しないうちに入らないように

あいさつは、きちんと

⇒ 必要最低限のマナーです

診察前も診察中もたえず声掛けを

⇒ 特に触診。どこを触るかその都度声掛けを。
痛いところはないか、どこか、先に確認しそこは最後に

いざ訪床！

患者さんはしんどいから入院しています

- ⇒ 万一自分に原因なくきつい対応をされた場合は、
体調も影響しているかも。
ステロイドなどで精神的に参っているかも。

★明らかに自分に非があり怒らせた場合は★
誠心誠意謝罪し、必ず指導医に報告を！
そのままほったらかしにしないこと！

同室者への配慮を

- ⇒ たとえ患者さんと盛り上がったとしても大声で笑わない。
療養中の他の患者さんへの配慮も忘れずに

いざ訪床！

！訪床時に患者さんの様子がおかしい時は！

- ・ひとまず**ナースコール**で看護師を呼ぼう！！
- ・なかなかでない場合は**指導医のPHS**を鳴らす。
- ・**患者さんを一人にしないように！**
- ・**とにかく人手**をあつめること！

最後まで手抜きなく

診察後の挨拶をお忘れなく

⇒ 体調の悪いなか実習にご協力頂いた感謝を含め必ずありがとうございました、と感謝を伝えよう

患者さんの今後の予定の確認を

⇒ 既に決まっている検査やリハビリがある場合、都合を教えてください

次の訪床予定が分かっていたらざっくり伝えておく

⇒ まじめな患者さんの場合、トイレもお風呂も行かず皆さんを待っていてくれる場合も。もちろん患者さんの都合優先です。

最後まで手抜きなく

カーテンをどうするのか、確認を

⇒ きっちり閉めるのが基本ですが、
希望を聞きましょう

個人情報取扱注意！

⇒ 患者さんの所見のメモ書き、データのコピー
大切な個人情報です！
なくしたり、置きっぱなしにしないこと！

壁に耳あり障子に目あり

⇒ 廊下や食堂、共有スペースで患者さんの話をしないこと！

回診で

プレゼンは簡潔に。

患者さんが聞いて辛いところを何度も繰り返さない

⇒ 頭でしっかり理解し、リハーサルしよう

他の患者さんにも興味を持とう

⇒ 膠原病は所見を診て疾患を思いつくかが勝負。
生の症例を沢山見れば見るほど国試に有利！

進路をふさがない

⇒ 廊下をふさがないように。

カルテはコピペ厳禁！！

⇒ 過不足ない情報を簡潔に。あたまとの整理をここで完璧に。
カルテが完璧ならプレゼンなんかこわくない！

指導医の先生とも賢く付き合おう

実は超多忙

⇒ 外勤に外来に検査に・・・ばたばた飛び回っています
予定をしっかりと確認しないと会えないことも。

その日の実習終わりに確認してみよう

⇒ いつなら会えるか忘れずチェックを

夜の医局突撃はやめてあげてね

⇒ 日中は病棟に検査に外来にと忙しい分、
他の仕事が溜まっています。
病棟での時間を有効に使う集中力と
相手を思いやれる想像力を養ってください。

プレゼンは自力で頑張ってね

⇒ 直前にほぼ真っ白で指導医に泣きつかないように。

わすれてはいけないこと

- 実習はすべてが学びの場である事
- 患者さんたちは体調の悪い中、実習に協力してくださっている事
- 患者さんの多くは易感染宿主であること
- 病棟指導医はとても忙しい中対応してくれている事
- 患者さんが自分や自分の家族だったらどう思うか、
想像力を働かせて行動しよう
- 個人情報には細心の注意をもって扱うこと
- 自分の患者さんについて3分以内で語れるよう頭の中を整理しよう
お医者さんをやっている限り一生役立ちます。

患者さんもスタッフもみんなみなさんが素晴らしい医師になることを心から願っています。
学生だからこそ許される貴重な実習、どうか実りあるものにしてください。

症例プレゼンテーションの場面と内容

- 回診（約3分 感染症の状況により見送りあり）
 - 1) 確定診断前：鑑別診断とそのため検査
 - 2) 確定診断後：治療の効果と治療上の合併症
- 症例検討カンファレンス（約3~5分）
 - 1) 確定診断前：鑑別診断とそのため検査
 - 2) 確定診断後：治療の効果と治療上の合併症
患者データを示しながら行う。
- 症例発表試験(発表5分+討論5分) 学会、研究会等（7分）
主訴・現病歴・入院時現症・入院時検査所見・
鑑別診断・確定診断・臨床経過・考察

回診プレゼンのコツ

アレルギーリウマチ内科
森本麻衣

簡潔にサマライズしよう

要点はきっちりおさえ、省略できるところはどんどん省略

診断名



入院経緯



入院後経過と現在の状態



今後の治療方針

診断名

- 患者名 年齢・性別 そして診断名
- 診断名は優先度の高いもののみ簡潔に
入院契機となったもの
現在大きな問題となるもの

入院までの経緯

20秒めどでまとめる

- どんな症状が
- いつから発症し
- どのような所見から何と診断したか
- 今回の入院の目的は

初発の精査？ 再燃・増悪？
ルーチンの治療？

入院後経過/現状

- メインの治療について

流れが分かるように簡潔に

何日目か？ 今日の用量はいつからどれだけ？

治療薬による副作用の有無も盛り込む

- よくなっているか悪くなっているか

経過観察のメルクマールになる値を具体的に

熱型なのか、炎症なのか、何らかのマーカーなのか

今後の治療方針

経過・現状を受けてどうするか・・・

- 今後のスケジュール
- 問題点に対する考察や対策
- 退院後の方針
外来移行？ 転院？ 在宅介護？

糖尿病内分泌・免疫内科学における症例提示と文献考察

糖尿病内分泌・免疫内科学

松 井 聖

プレゼンテーションの意義

- 受け持ち患者の背景、症状、検査データ、病態、診断根拠、治療方針、予後と問題点を提示する。
- 症例を共有するとともに、多くの同僚の意見を求め、偏りのない診療と医療の充実、お互いの医師としての能力向上に必須である。
- 一定のプレゼンテーションを行えることは臨床医として不可欠な能力として備えていることが必須
- プレゼンテーション能力を測ることにより医師の真の実力を見定めることができる。
- 医学生においては医学の修学度を的確に示することができる。

プレゼンテーションの目標

- 当該学生 (student Dr) は、患者の背景、症状、検査データ、病態、診断根拠、治療方針、予後と問題点を把握する。
- 患者の入院の原因となった主要疾患について、その定義を含めて、熟知しておく。
- 主要疾患と鑑別すべき疾患、その鑑別の要点、さらに治療手段のoptionについても把握する。
- 併存疾患についても把握する。

プレゼンテーションの実際

- 基本的にPowerPointを使用して、スクリーンあるいは評価者を見ながら、プレゼンテーションを行う。
- 与えられた時間内に、重要な要素を漏らすことなく、プレゼンテーションが終了するように最大限努力する。
- 具体的には、提示すべき内容を全て列挙した上で、内容を何度も読み返し吟味した上で重要性の低いものから削っていくようにする。
- プレゼンテーションには十分な時間と準備が必要である。発表内容の10倍ぐらいの知識と情報を準備しておくこと。

症例プレゼンテーションはいつ？

- 回診（約3分）

- 1) 確定診断前：鑑別診断とそのための検査
- 2) 確定診断後：治療の効果と治療上の合併症

- 症例検討カンファレンス（約3~5分）

- 1) 確定診断前：鑑別診断とそのための検査
- 2) 確定診断後：治療の効果と治療上の合併症
患者データを示しながら行う。

- 症例発表プレゼン試験(5分); 学会、研究会等(7分)

主訴・現病歴・入院時現症・入院時検査所見・
鑑別診断・確定診断・臨床経過・考察

糖尿病内分泌・免疫内科学の 症例提示と文献的考察

- 症例提示(約5～7分) 前半グループの症例
- 英語文献(1～2編)の紹介(約5分)
- 症例についての文献的考察(約5分) 計15分
- パワーポイントを作成すること
- 紹介する文献をコピー1部小山主任教授に渡すこと
- 討論(10分～15分) (1題:30分まで)

症例提示と文献的考察

症例報告のタイトルをつける。
全体を作成してから再考することが
必要である。

所属、名前を明記する。

はじめに

疾患の歴史的背景と特徴を簡単にまとめて、
今回の症例の特徴とする点のさわりを紹介する。

～の1症例を(考察を含めて)報告する。
などの語尾で終わる。

症 例（年齢、性別）

主訴：今回の病状の主な訴え、（愁訴：一般的訴え）

現病歴：今回の病状の発症から自院初診（入院）までの経過を時系列にまとめる。

既往歴：過去になった病気等、**発症年齢を記載**

併存症：**発症年齢を記載**（現在投薬を受けている病気）
投薬内容も記載すること

嗜好歴：喫煙歴〇〇本×年間、飲酒歴：日本酒何合×何年間
服薬歴、アレルギー歴：なども記載する。

家族歴：遺伝性疾患、癌、生活習慣病（糖尿病、高血圧、脂質異常症等）、各分野の疾患、**続柄も明記**

入院時現症

- 診察所見を記載する。
全身所見、頭頸部、胸部、腹部、四肢、
神経・筋所見、皮膚所見
- 主訴や愁訴を記載するのではない。
- 関節痛は主訴・愁訴である。診察所見を明記する。
診察所見の標準的記載法を診断学テキストから
学習しておくこと。
- 関節の場所を明記、関節圧痛、腫脹が所見である。

入院時検査所見

末梢血検査所見

生化学的検査所見

感染症検査所見

免疫学的検査所見

内分泌的検査所見

凝固系・腫瘍マーカー所見

尿・便所見

その他、特異的検査所見

単位は正確につけること。単位は検査の方法によって決まっているので検査法がわかる。

鑑別診断に必要なデータは陰性データも記載する。すべてのデータを記載するのではない。取捨選択が重要である。

末梢血、凝固系、尿所見

末梢血		凝固系		尿所見	
WBC	/ μ l	PT	sec	蛋白	
Seg	%	PT-INR		糖	
Lymph	%	APTT	sec	潜血	
Mono	%	Fib	mg/dl	ケトン体	
Eos	%	FDP	μ g/ml	pH	
Baso	%	D-dimer	μ g/ml	沈渣 RBC	/HPF
RBC	$\times 10^4$ / μ l	ATIII	%	WBC	/HPF
HGB	g/dl			上皮	/HPF
HCT	%			円柱	
MCV	fl				
MCH	pg				
MCHC	%				
PLT	$\times 10^4$ / μ l				
ESR	mm/H				

生化学所見

生化学		生化学		生化学	
TP	g/dl	Na	mEq/l	フェリチン	ng/ml
Alb	g/dl	K	mEq/l	KL-6	U/ml
T-Bil	mg/dl	Cl	mEq/l	SP-D	ng/ml
D-Bil	mg/dl	Ca	mEq/l	SP-A	ng/ml
AST	IU/l	Fe	μg/dl	BNP	pg/ml
ALT	IU/l	BUN	mg/dl	NT-proBNP	pg/ml
LD	IU/l	UA	mg/dl	アルドラーゼ	IU/l
ALP	IU/l	CRE	IU/l	TTT	KU
γ-GT	IU/l	CK	IU/l	ZTT	KU
AMY	IU/l	CK-MB	IU/l		
T-cho	mg/dl	GLU	mg/dl		
LDL-cho	mg/dl	HbA1c	%		
TG	mg/ml	CRP	mg/dl		

感染症・腫瘍・内分泌所見

感染症		腫瘍マーカー		内分泌	
HBs-Ag		AFP	ng/ml	TSH	μIU/ml
HBs-Ab		PSA	ng/ml	FT3	pg/ml
HBc-Ab		CEA	ng/ml	FT4	ng/ml
HBV-DNA	copy/ml	CA19-9	U/ml	TgAb	IU/ml
HCV-Ab		CYFRA	ng/ml	TPOAb	IU/ml
TPPA		CA125	U/ml	TRAb	IU/l
RPR		PIVKA-II	mAU/ml	TSAb	%
T-spot	IU/ml	NSE	ng/ml	ACTH	pg/ml
PC	ng/ml			コルチゾール	μg/dl
βD-glucan	pg/ml				
EBNA					
VCA-IgG					

免疫学の所見

免疫		免疫	
RF	IU/ml	抗RNAPIII抗体	IU/ml
抗CCP抗体	U/ml	抗U1-RNP抗体	IU/ml
ANA(染色パターン)	倍(染色)	抗ARS抗体	IU/ml
CH50	U/ml	抗Jo-1抗体	IU/ml
C3	mg/dl	抗TIF1 γ 抗体	IU/ml
C4	mg/dl	抗MDA-5抗体	IU/ml
IgG	mg/dl	MPO-ANCA	IU/ml
IgA	mg/dl	PR3-ANCA	IU/ml
IgM	mg/dl	抗SS-A抗体	IU/ml
抗ds-DNA抗体	IU/ml	抗SS-B抗体	IU/ml
抗Sm抗体	IU/ml	抗CL β 2GP1抗体	U/ml
抗Scl-70抗体	IU/ml	総IgE	IU/ml
抗Ce抗体	IU/ml	TARC	pg/ml

画像検査所見 & 組織病理所見

実物写真（皮膚所見・蝶形紅斑、レイノー症状など）

手指、足趾X-P

胸部X-P、胸部CT、心エコー

腹部X-P、腹部CT、腹部エコー

MRI（頭部、関節、胸部、腹部、その他）

画像所見を述べて、その所見が疾患と合うかどうか吟味する。

腎生検所見

皮膚生検所見

筋生検所見

その他の生検所見

組織所見の特徴を述べて、その所見が疾患と合うかどうか吟味する。

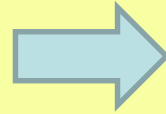
電子カルテからの提示
で

よい

電子カルテからの提示
で

よい

実物写真(手指所見)

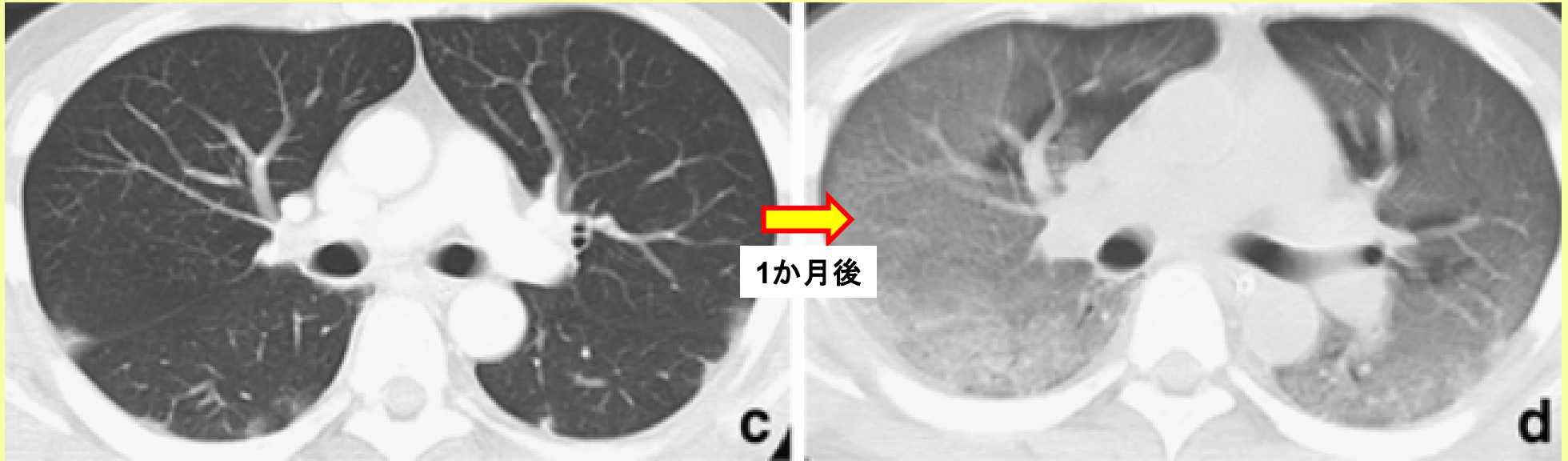


左手PIP・MP関節部背側にゴットロン徴候、潰瘍化

PIP:proximal interphalangeal joint, MP:metacarpal phalangeal joint

胸部画像所見

(Clinical amyopathic dermatomyositis:CADM)



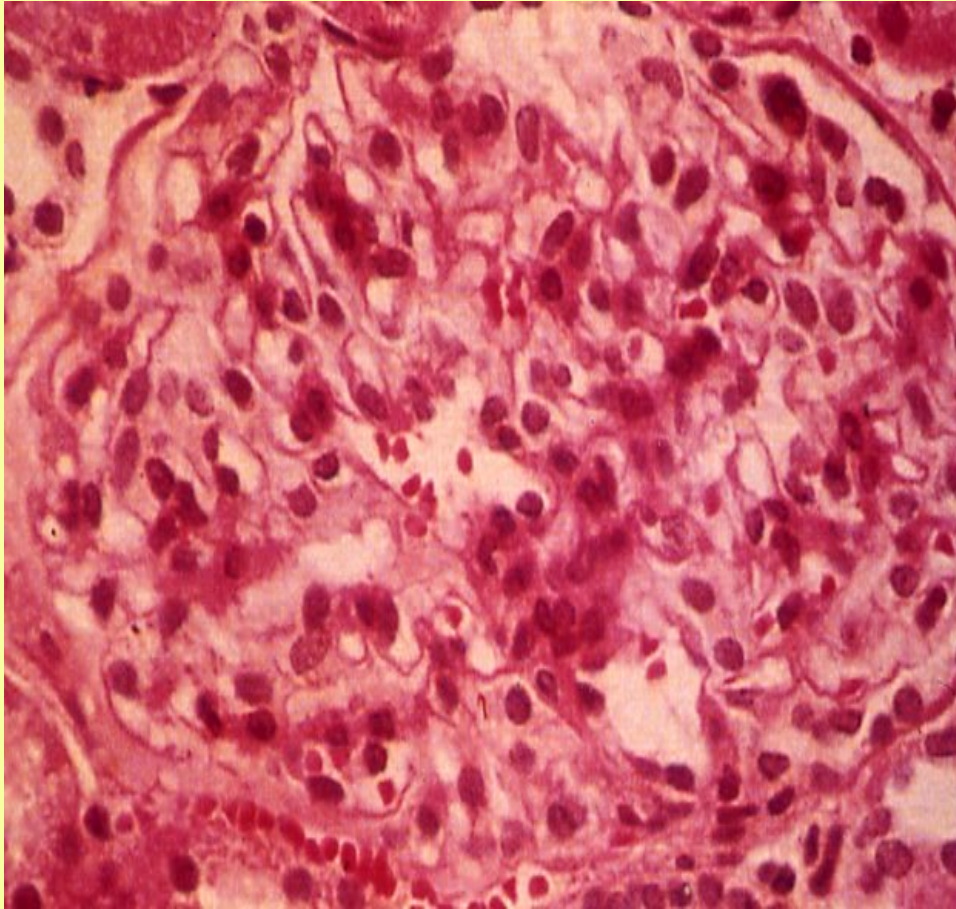
Mimori T, et al Curr Rheumatol Rep 14:264-274, 2012

右肺中葉葉間胸膜・下葉背側
胸膜直下線状影

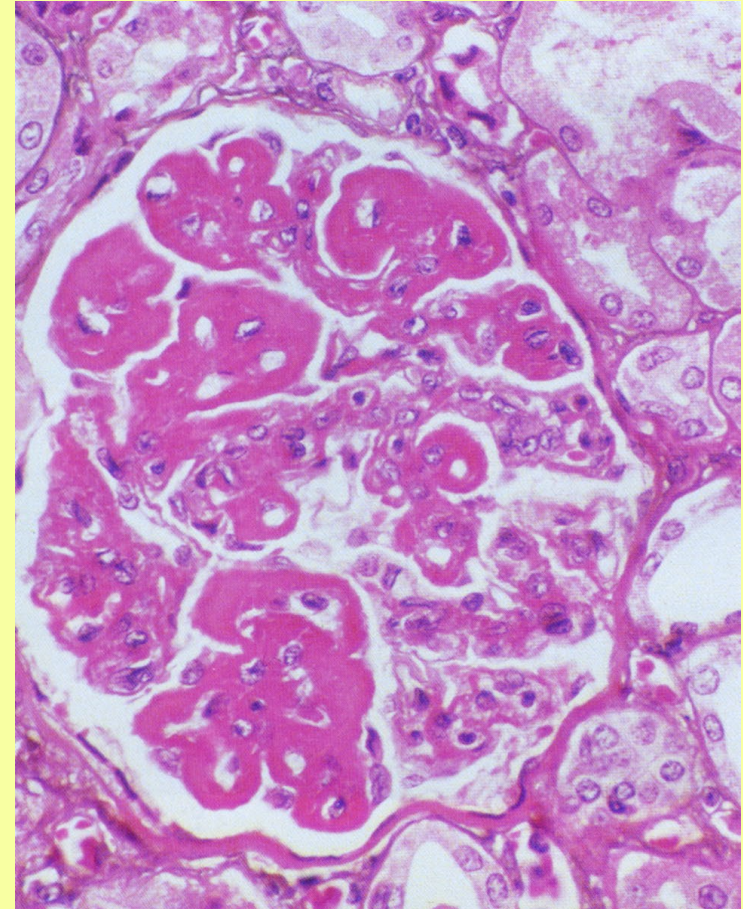
肺野全体に
Ground-grass attenuation
スリガラス陰影

病理所見

腎生検所見(ループス腎炎)



メサンギウム細胞の増殖



Wire loop lesion

プロブレム・リスト

- 問題点を列挙する。
- 主訴や愁訴
- 検査値異常
- 1 優先順位の高いものから
- 2 グループ別に記載すれば診断名につなげやすい。
- 3 確定病名は診断がついてからつける。
- 学生は診断名は併存症はよいが、主訴から鑑別診断を挙げて確定診断を行うこと。

鑑別診断 & 診断根拠

症例の主訴からの鑑別診断をあげて、各鑑別疾患を現病歴や現症、検査所見から鑑別し確定診断を行なう。

鑑別疾患を列挙する。

1 確定する予定の疾患

2

3

4

5

診断基準を満たしているか？

- 分類基準は除外診断をしてからあてはめる。

	診断基準	分類基準
対象	患者個人	患者集団
感度と特異度	特異度が重要	同様に重要
適用時期	早期	用途により不問

関節リウマチ新分類基準ACR/EULAR 2010

1関節以上の滑膜炎による関節腫脹があり
他の疾患ではよりよく説明できない

NO

YES

スコアリングで6点以上

NO

YES

現時点では
RAに分類されな
い

RAと分類

ACR/EULAR 2010 : RAの新分類基準

1カ所以上の関節に滑膜炎が認められ、他の疾患が除外され (Step 1).
スコア6点以上でRAと診断される (Step 2)

A. 罹患関節		
大関節1カ所	0	注) 小関節: MCP(中手指間) PIP(近位指節間) 第2~5MTP(中足趾節) 第1IP(指趾節間)、手関節 大関節:肩、肘、股、膝 足の各関節
大関節2~10カ所	1	
小関節1~3カ所(大関節の罹患の有無を問わない)	2	
小関節4~10カ所(大関節の罹患の有無を問わない)	3	
11カ所以上(1あsjp以上の小関節を含む)	5	
B. 血清学的検査(分類には1回以上の検査が必要)		
RF陰性かつACPA陰性	0	但し、DIP(遠位指節間) 第1CMC(手根中手)、 第1MTP(中足趾節)関節は 加算対象から除く
RF低値陽性またはACPA低値陽性	2	
RF高値陽性またはACPA高値陽性	3	
C. 急性期反応物質(分類には1回以上の検査が必要)		
CRP正常かつESR正常	0	注)リウマトイド因子/抗CCP抗体 陰性: <= 正常上限値 低力価: > 正常上限値~ <= 3x正常上限値 高力価: > 3x正常上限値
CRP異常またはESR異常	1	
D. 症状の持続時間		
6週未満	0	
6週以上	1	

関節リウマチの鑑別診断リスト

鑑別難易度	鑑別すべき疾患
高	<ol style="list-style-type: none">1 ウイルス感染に伴う関節炎(パルボ、風疹ウイルスなど)2 全身性結合組織病(シェーグレン症候群、全身性エリテマトーデス、混合性結合組織病、多発性・皮膚筋炎、強皮症)3 リウマチ性多発筋痛症4 乾癬性関節炎
中	<ol style="list-style-type: none">1 変形性関節症、2 関節周囲の炎症(腱鞘炎、腱付着部炎、肩関節周囲炎、滑膜包炎、など)3 結晶誘発性関節炎(痛風、偽痛風など)4 血清反応陰性脊椎関節炎(反応性関節炎、掌蹠膿疱性骨関節炎、強直性脊椎炎、炎症性腸疾患関連関節炎)5 全身性結合組織病(ベーチェット病、血管炎症候群、成人スチル病、結節性紅斑)6 その他のリウマチ性疾患(回帰リウマチ、サルコイドーシス、RS3PEなど)7 その他の疾患(更年期障害、線維筋痛症)
低	<ol style="list-style-type: none">1 感染に伴う関節炎(細菌性関節炎、結核性関節炎など)2 全身性結合組織病(リウマチ熱、再発性多発軟骨炎など)3 悪性腫瘍(腫瘍随伴症候群)4 その他の疾患(アミロイドーシス、感染性心内膜炎、複合性局所疼痛症候群など)

臨床経過

グラフで示すことが望ましい。

疾患活動性を示すマーカー

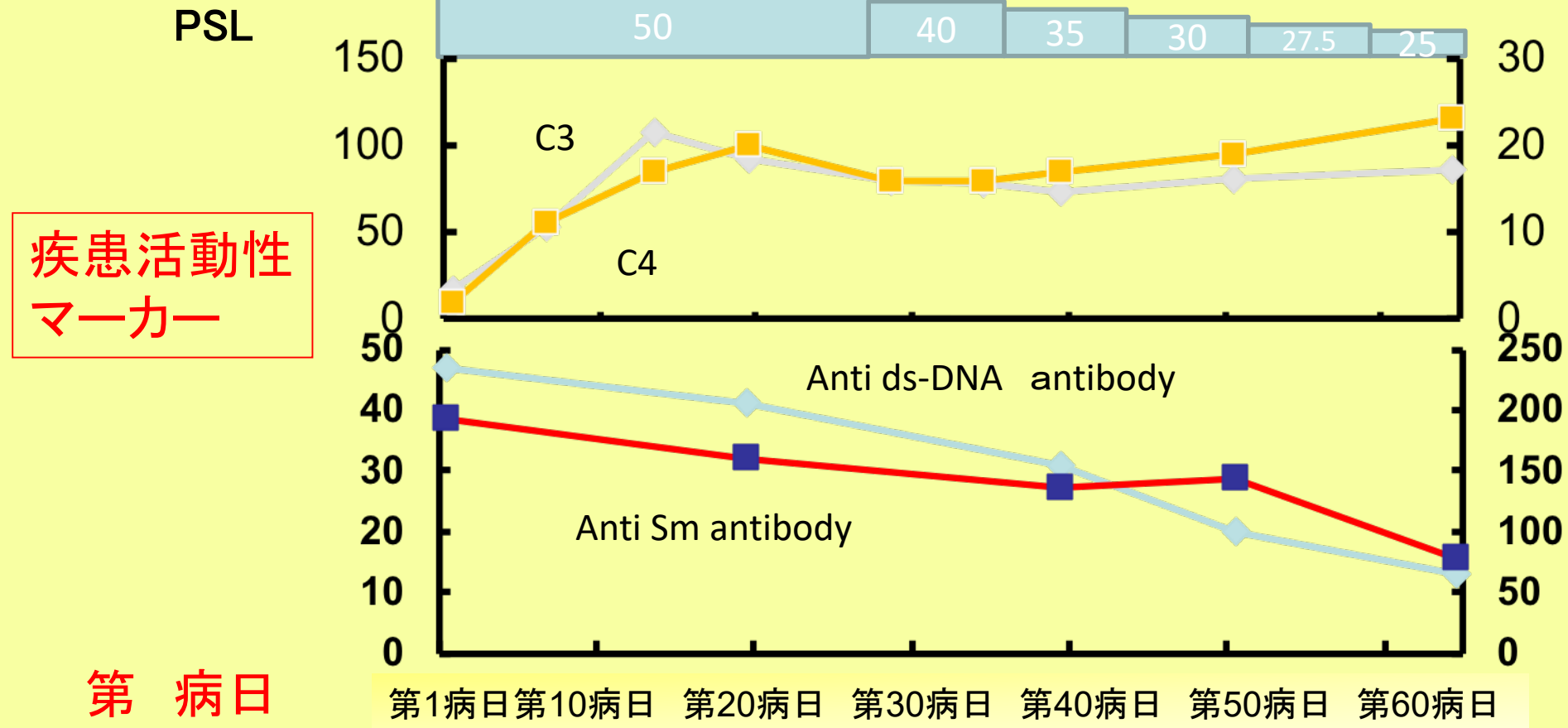
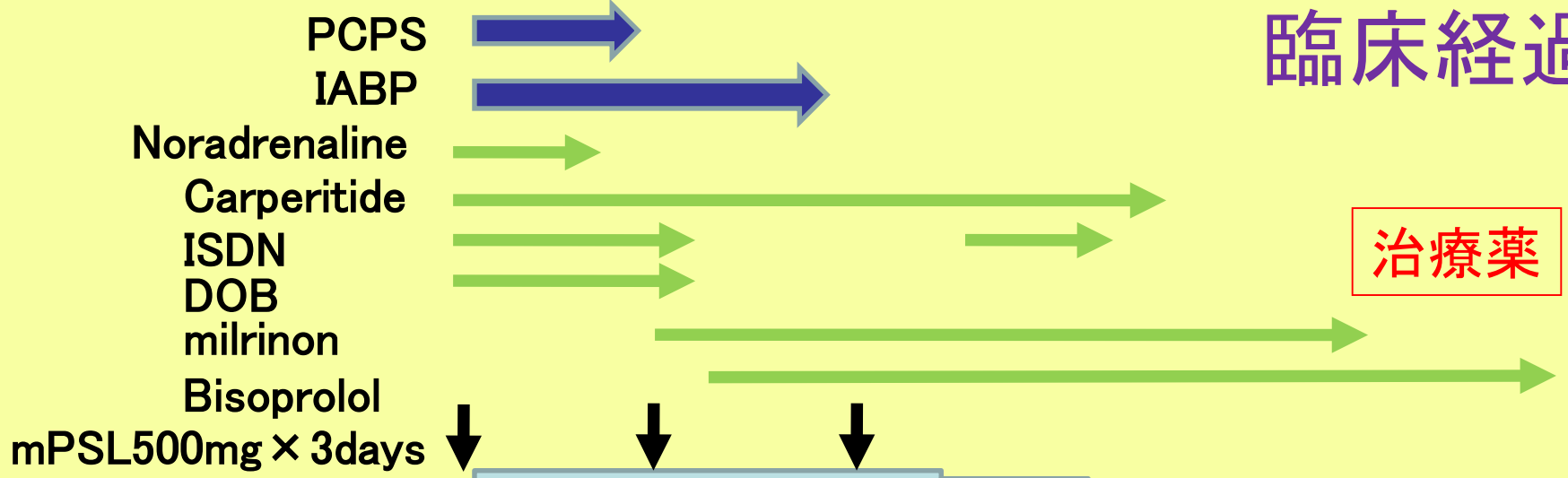
治療内容

経過の推移がわかるように示す。

個々の症例報告を参照にして作ってみてください。

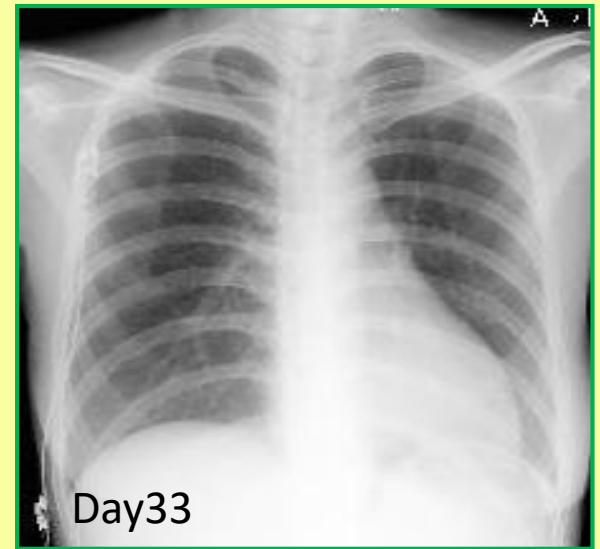
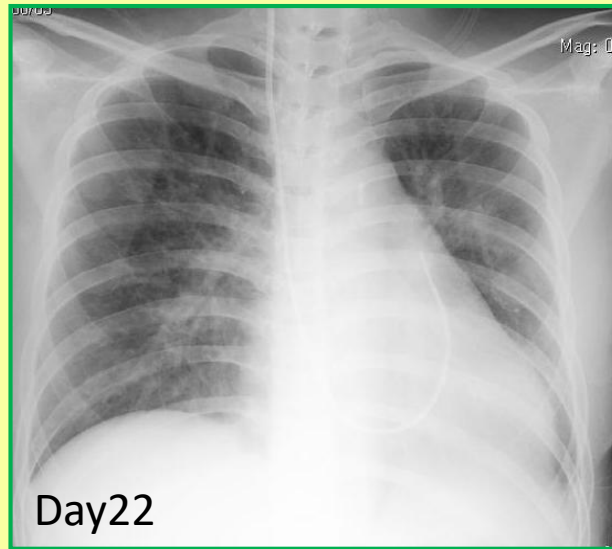
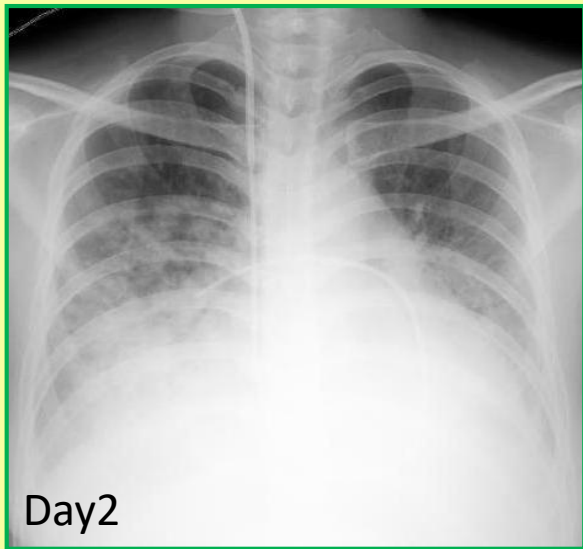
入院初日を第1病日として、入院日数を示すのが基本である。

臨床経過



第 病日

第1病日 第10病日 第20病日 第30病日 第40病日 第50病日 第60病日



画像で経過を示す

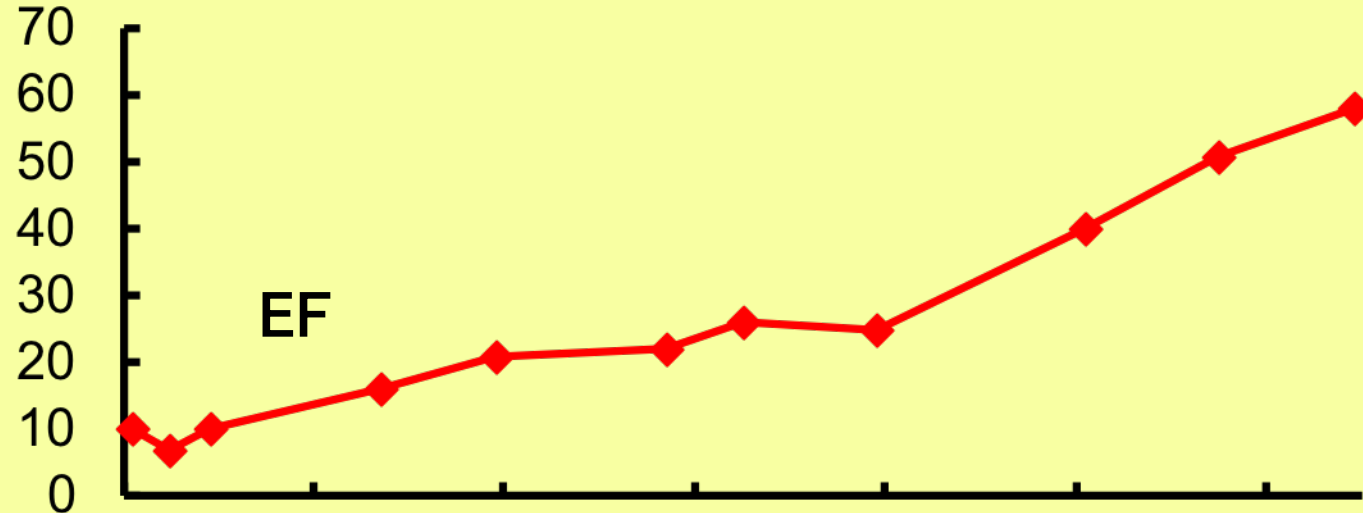
薬剤

疾患活動性
マーカー

mPSL pulse
PSL

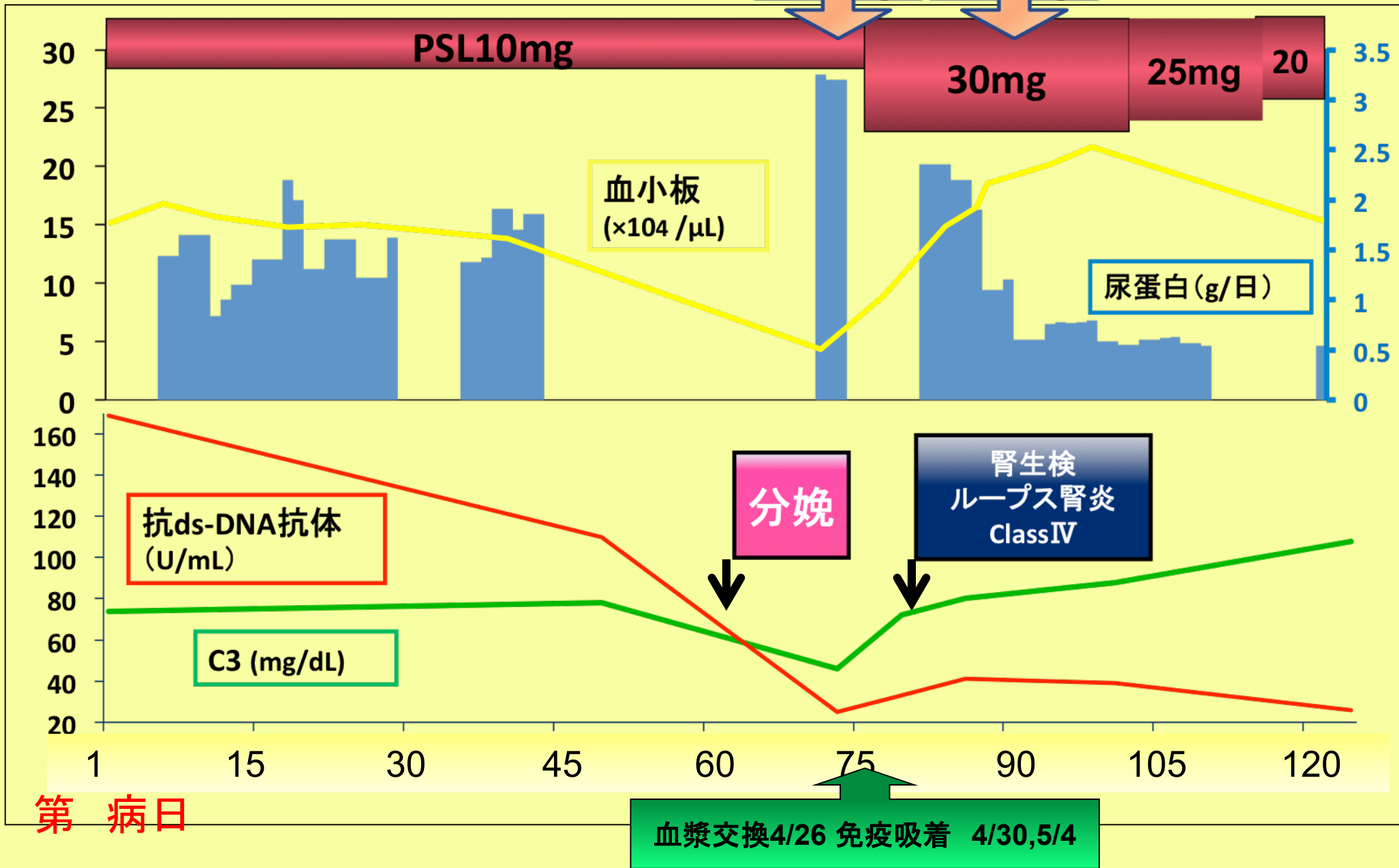


(%)



第 病日 第1病日 第10病日 第20病日 第30病日 第40病日 第50病日 第60病日

臨床経過



考察のために学習した内容の記載方法

- ✓ 文献検索はEvidence-Based Medicine(EBM)に基づく診療を行うために重要である。
- ✓ 先ず総説の論文を調べてアウトラインを把握する。
- ✓ 受け持ち症例との異同を論文から考える。
- ✓ 考察を考える材料として参考文献を調べる。
- ✓ 参考文献を明示する。

検索サイト Up to date、PubMed, メディカルオンライン
医中誌 等、各ガイドライン 学会HP

血管ベーチェット病について

・コルヒチンは好中球機能のみならず血管内皮細胞の接着因子の発現も抑制することがわかっており、有用な治療薬と考えられる。

Hotamisligil GS. et al. J Clin Invest 1995, 95:2409-15, doi: 10.1172/JCI117936.

・炎症が抑制されない場合には、シクロホスファミド、アザチオプリン、メトレキサートなどの免疫抑制剤の投与を考慮する。

Desbois AC. et al. Arthritis Rheum. 2012, 64:2753-60, doi: 10.1002/art.34450.

筆頭著者 et al. 雑誌名、年度、巻: ページ始め～終わり、
電子データ: Digital object identifier (デジタルオブジェクト識別子)doi:10.

文献紹介の仕方(1)

Trial of Upadacitinib or Abatacept in Rheumatoid Arthritis

Title

Andrea Rubbert-Roth, M.D., **筆頭著者**, M.D., Aileen L. Pangan, M.D., Boulos Haraoui, M.D., Maureen Rischmueller, M.D., Jasser Khan, M.D., Ying Zhang, Ph.D., Naomi Martin, M.D., and Ricardo M. Xavier, M.D.

Abstract

抄録

BACKGROUND

Upadacitinib is an oral selective Janus kinase inhibitor to treat rheumatoid arthritis. The efficacy and safety of upadacitinib as compared with abatacept, a T-cell costimulation modulator, in patients with rheumatoid arthritis refractory to biologic disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) are unclear.

METHODS

In this 24-week, phase 3, double-blind, controlled trial, we randomly assigned patients in a 1:1 ratio to receive oral upadacitinib (15 mg once daily) ———

RESULTS

A total of 303 patients received upadacitinib, and 309 patients received abatacept. From baseline DAS28-CRP values of 5.70 in the upadacitinib group and 5.88 in the abatacept group ———

CONCLUSIONS

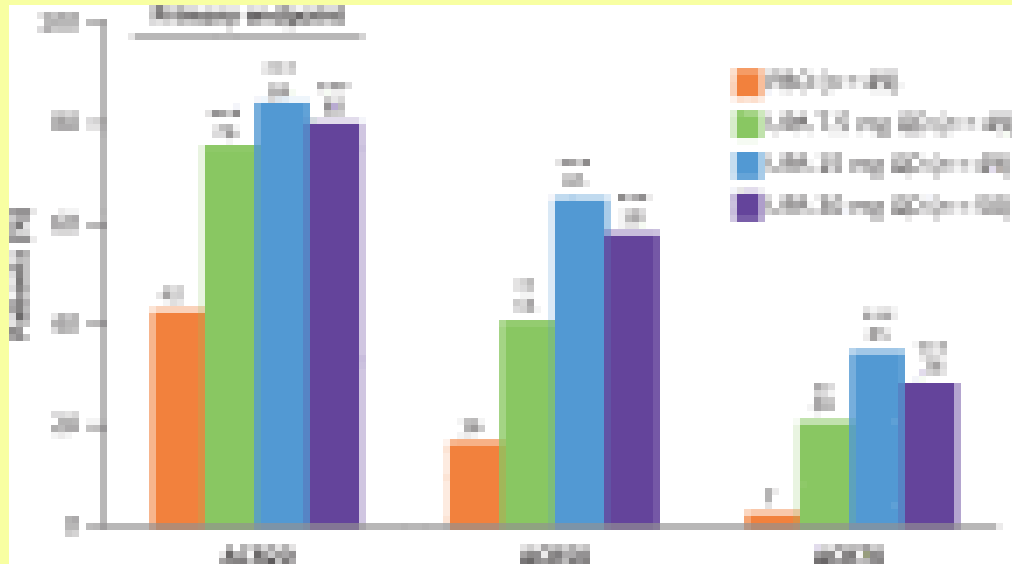
In patients with rheumatoid arthritis refractory to change from baseline in the ———

出典: 雑誌名 年 巻 ページ 最初-最後
電子データ: DOI: 番号 雑誌内容番号

N Engl J Med 2020; 383:1511-1521

DOI: 10.1056/NEJMoa2008250

文献紹介の仕方(2)



図表を使って説明する。

Fig. 2 ACR20, ACR50 and ACR70 responses at week 12 (NRI) ** $P < 0.01$, *** $P < .001$ vs PBO. NRI: non-responder imputation; PBO: placebo; UPA: upadacitinib.

図表の注釈 (Legend) を必ず付けて下さい。

文献を紹介した後、提示した症例との関連性、何故この文献を選んだのか。この文献から提示症例にどのような点で考察できたのかを説明する。

考 察

本症例で課題として調べた内容が
本症例を鑑別診断・確定診断していく上で、
また、本症例を経過観察・治療していく上で、
どのように生かされたのか、必要だったのかを考察する。

結 語

本症例を通して、

どのような症例と結論付けたこと、

どのような治療が奏功したこと、

本症例と一般的な症例の異同など

その他 を箇条書き2~3行にまとめる。

症例発表のチェックポイント

1 現病歴のプレゼン

- a) 判りやすい文字
- b) 発表態度
- c) 発症様態
- d) 疾患・症状の経過
- e) 検査データ
- f) 画像・病理の説明
- g) 診断根拠(定義)
- h) 治療方針
- i) 予後
- j) 問題点
- k) 合併症・併発疾患
- l) 重要な要素を網羅

2. 鑑別診断

- a) 適切な鑑別疾患の提示
- b) 鑑別の要点

3. 疾患病態や治療法に対する理解

- a) 病態の把握
- b) 治療option

4. 積極的な姿勢

- a) 世界的な治療法の標準
- b) 文献検索

5. 考察(思考力)

- a) 上級医との討論
- b) 現況の治療と問題点

症例報告

症例報告のタイトルをつける。

所属、名前を明記する。

はじめに

疾患の歴史的背景と特徴を簡単にまとめて、
今回の症例の特徴とする点を紹介する。

症例 歳 性別

【主訴】

【現病歴】

【既往歴】

【併存症】

【家族歴】

【嗜好歴：飲酒歴、喫煙歴】

【アレルギー歴】

入院時現症

【バイタルサイン】

身長 cm 体重 kg 体温 °C 呼吸数 /分
脈拍 /分 不整 血圧 / mmHg

【頭頸部】

【胸部】

【腹部】

【四肢・体表】

【神経・筋】

入院時検査所見

末梢血検査所見

生化学的検査所見

感染症検査所見

免疫学的検査所見

内分泌的検査所見

凝固系・腫瘍マーカー所見

尿・便所見

その他、特異的検査所見

単位は正確につけること。単位は検査の方法によって決まっているので検査法がわかる。

鑑別診断に必要なデータは陰性データも記載する。

すべてのデータを記載するのではない。取捨選択が重要である。

末梢血、凝固系、尿所見

末梢血		凝固系		尿所見	
WBC	/ μ l	PT	sec	蛋白	
Seg	%	PT-INR		糖	
Lymph	%	APTT	sec	潜血	
Mono	%	Fib	mg/dl	ケトン体	
Eos	%	FDP	μ g/ml	pH	
Baso	%	D-dimer	μ g/ml	沈渣 RBC	/HPF
RBC	$\times 10^4$ / μ l	ATIII	%	WBC	/HPF
HGB	g/dl			上皮	/HPF
HCT	%			円柱	
MCV	fl				
MCH	pg				
MCHC	%				
PLT	$\times 10^4$ / μ l				
ESR	mm/H				

生化学所見

生化学		生化学		生化学	
TP	g/dl	Na	mEq/l	フェリチン	ng/ml
Alb	g/dl	K	mEq/l	KL-6	U/ml
T-Bil	mg/dl	Cl	mEq/l	SP-D	ng/ml
D-Bil	mg/dl	Ca	mEq/l	SP-A	ng/ml
AST	IU/l	Fe	μg/dl	BNP	pg/ml
ALT	IU/l	BUN	mg/dl	NT-proBNP	pg/ml
LD	IU/l	UA	mg/dl	アルドラーゼ	IU/l
ALP	IU/l	CRE	IU/l	TTT	KU
γ-GT	IU/l	CK	IU/l	ZTT	KU
AMY	IU/l	CK-MB	IU/l		
T-cho	mg/dl	GLU	mg/dl		
LDL-cho	mg/dl	HbA1c	%		
TG	mg/ml	CRP	mg/dl		

感染症・腫瘍・内分泌所見

感染症		腫瘍マーカー		内分泌	
HBs-Ag		AFP	ng/ml	TSH	μIU/ml
HBs-Ab		PSA	ng/ml	FT3	pg/ml
HBc-Ab		CEA	ng/ml	FT4	ng/ml
HBV-DNA	copy/ml	CA19-9	U/ml	TgAb	IU/ml
HCV-Ab		CYFRA	ng/ml	TPOAb	IU/ml
TPPA		CA125	U/ml	TRAb	IU/l
RPR		PIVKA-II	mAU/ml	TSAb	%
T-spot	IU/ml	NSE	ng/ml	ACTH	pg/ml
PC	ng/ml			コルチゾール	μg/dl
βD-glucan	pg/ml				
EBNA					
VCA-IgG					

免疫学的所見

免疫		免疫	
RF	IU/ml	抗RNAPIII抗体	IU/ml
CCP-Ab	U/ml	抗U1-RNP抗体	IU/ml
ANA	倍	抗ARS抗体	IU/ml
CH50	U/ml	抗Jo-1抗体	IU/ml
C3	mg/dl	抗TIF1 γ 抗体	IU/ml
C4	mg/dl	抗MDA-5抗体	IU/ml
IgG	mg/dl	MPO-ANCA	IU/ml
IgA	mg/dl	PR3-ANCA	IU/ml
IgM	mg/dl	抗SS-A抗体	IU/ml
抗ds-DNA抗体	IU/ml	抗SS-B抗体	IU/ml
抗Sm抗体	IU/ml	抗CL β 2GP1抗体	U/ml
抗Scl-70抗体	IU/ml	総IgE	IU/ml
抗Ce抗体	IU/ml	TARC	pg/ml

画像検査所見 & 組織病理所見

実物写真（皮膚所見・蝶形紅斑、レイノー症状など）

手指、足趾X-P

胸部X-P、胸部CT、心エコー

腹部X-P、腹部CT、腹部エコー

MRI（頭部、関節、胸部、腹部、その他）

画像所見を述べて、その所見が疾患と合うかどうか吟味する。

腎生検所見

皮膚生検所見

筋生検所見

その他の生検所見

組織所見の特徴を述べて、その所見が疾患と合うかどうか

吟味する。

プロブレム・リスト

- 問題点を列挙する。
- 主訴や愁訴
- 検査値異常
- 1 優先順位の高いものから
- 2 グループ別に記載すれば診断名につなげやすい。
- 3 確定病名は診断がついてからつける。
- 主題以外の併存症は病名であげる。

鑑別診断 & 診断根拠

症例の主訴からの鑑別診断をあげて、各鑑別疾患を現病歴や現症、検査所見から鑑別し確定診断を行なう。

鑑別疾患を列挙する。

1

2

3

4

5

臨床経過

グラフで示すことが望ましい。

疾患活動性を示すマーカー

治療内容

経過の推移がわかるように示す。

個々の症例報告を参照にして作ってみてください。

学習した内容(考察のため)

- ✓ 先ず総説の論文を調べてアウトラインを把握する。
- ✓ 受け持ち症例との異同を論文から考える。
- ✓ 考察を考える材料として参考文献を調べる。
- ✓ 参考文献を明示する。

検索サイト Up to date , PubMed, メディカルオンライン
医中誌 等
各ガイドライン 学会HP

考 察

本症例で課題として調べた内容が
本症例を鑑別診断・確定診断していく上で、
また、本症例を経過観察・治療していく上で、
どのように生かされたのか、必要だったのかを考察する。
参考文献を必ずつける(症例プレゼンテーション参照)

結 語

本症例を通して、

どのような症例と結論付けたこと、

どのような治療が奏功したこと、

本症例と一般的な症例の異同など

その他 を箇条書き1~2行にまとめる。