

患者基本情報②	記入欄
・大酒家の有無	
・ICU入室時の極度の低栄養状態の有無	
・人工呼吸開始以降の筋力低下の有無	
MMT2以下があった場合は、その肢を記載	
MMT2以下があった場合は、可能ならばその日	
・神経電気生理学検査の有無	
・筋生検の有無	
・人工呼吸開始以降のステロイド投与の有無	
有りの場合は、薬剤投与シートに記載	
・神経筋遮断薬投与の有無	
有りの場合は、薬剤投与シートに記載	
・以下の薬剤をICU入室後から1週間以上使用した有無	
アミオダロン	
インターフェロン	
タクロリムス	
シスプラチン	
抗マラリア薬(クロロキン)	
抗結核薬(イソニアジド、エサンブトール、チオナマイド)	
抗HIV薬	
フェニトイン	
スタチン系薬剤	
・持続インスリン投与の有無	
・ICU入室期間中の平均的な血糖値	
・人工呼吸管理中の鎮静薬の有無	
有りの場合は、薬剤の種類	
・人工呼吸管理中の鎮痛薬の有無	
有りの場合は、薬剤の種類	
・daily sedation interruptionの有無	
無しの場合は、人工呼吸管理中の平均的なRASS値	
・理学療法開始日	
・死亡時の臨床的筋萎縮の有無(視診上)	
有りの場合は、その肢を記載	

