

主要症候からみた

鑑別診断学

第2版

原著

名尾良憲

改訂

村上義次

清瀬リハビリテーション病院長

勝 健一

大阪医科大学名誉教授

改訂版 序文

本書は、2003年10月に初版を出版して以来、実地医家や研修医が臨床の場において病気の全体像が掴める書として好評を得てきたことは、執筆者のひとりとして望外の喜びであります。これは、本書が3名の分担執筆ではなく、協同執筆としたことによって、専門に偏ることなくバランス良く、全体に目配りできた結果かと考えます。

今回、改訂版の刊行に際し留意したことは、本書の特色でもある、診断基準の見直しと、その後に新しく作成された診断基準を追加したことあります。また全体を見直した中で、古い疾患名のところもありましたが、敢えて併記したところもあります。

本書の生みの親ともいべき恩師の名尾良憲先生は、本書の初版刊行後の2006年に亡くなられました。今回、改訂出版を思い立ったのは、今日の専門分化の著しい時代こそ、本書のような **General Physician** を指向した書籍の必要性を痛感した結果であります。

本書がより多くの若い医師の診療に役立つことができれば幸いです。

2011年12月

執筆者を代表して

序

私が大学を卒業した 1938 年頃には内科鑑別診断学の書籍に、Otto Naegeri 著 *Differentialdiagnose innerer Krankheiten* しかなく、しかも大変に高価で、とても買うことができなかった。その年に Naegeri 教授は亡くなった。戦後、その弟子の Hegglin 教授の著書が同じ題名で、同じ Georg Thieme 社から出版され、私の手に入ったのは 11 版 (1969) である。やっと手に入れたのは 30 年後というわけである。また、この出版社から、これに劣らず立派な同じ題名の Walter Siegenthaler 教授の著書が出版され 1988 年に 9 版を購入した。この 2 冊とも A4 版 1,000 ページ余で、豊富なカラー写真入りで症候から分類してある。このような重厚で高価な書籍が 2 冊とも毎年版を重ねることができるとは驚くばかりである。ドイツでは鑑別診断を如何に重視しているかが判る。なお、ロンドンで刊行された *French's Index of differential diagnosis* は辞書的様式のもので鑑別診断学書とは異なる。

わが国ではどうであろうか？ 戦後に北大の中川諭教授が鑑別診断学書を出版されたほかには見当たらない。これで、私も勉強させて戴いて大変役に立ったが、その後、絶版となった。

現在若いドクターは検査万能主義で、臨床所見の把握が疎かになる傾向があるといわれる。

上述のドイツの鑑別診断学書は診察所見を基礎としているので現在でも十分に役に立つ。すなわち症候からみた診察所見の診かた、考えかたを基礎としているので、新しい検査法が開発されても不変で、これに新しい検査の知識を付け加えていけばよいのである。症状⇒診察⇒鑑別診断⇒検査ということになる。診察する場合、常に鑑別診断が頭にあって、これで検査の方向を定めて診断を確定するのである。検査は万能ではなく、検査に現れない疾患も少なくない。また疾患の存在を知らなければ診断ができないのは当然である。このような意味から、長年考えていた鑑別診断学書の刊行を思い立ち、村上院長、勝教授の助力を得て、ここに完成をみた。

本書は主要症候をとりあげ、患者の愁訴、所見から疾患を考え、さらに日

常の検査⇒専門的検査への道筋を判りやすく解説し，稀な疾患も簡単に記載してあるのが特徴である。

本書が繁忙な実地医家のみならず研修医の方々，臨床の場においてお役に立つことができれば望外の幸いであります。

最後に本書は分担執筆ではなく，協同的執筆で，とくに編者として私が全面的に加筆して，統一を図ってあります。この点，ご協力を賜った村上，勝両博士に深く感謝します。また金芳堂柴田勝祐社長，市井輝和編集長，長い間，校正等に変な苦勞された三島民子さんに感謝します。

2003年10月

名尾良憲

目 次

1 発熱	1	20 浮腫	481
2 頭痛	43	21 蛋白尿/混濁尿	497
3 めまい/めまい感	75	22 血尿/排尿困難/腎不全	529
4 全身倦怠感	93	23 糖尿	545
5 肥満/先端巨大症/乳汁漏出症	105	24 高脂血症/動脈硬化症	567
6 やせ/低身長症	129	25 甲状腺腫/甲状腺機能異常	589
7 口腔乾燥/口渇	149	26 貧血/骨髄増殖性疾患	611
8 皮膚の異常	165	27 出血傾向/血栓傾向	659
9 口腔異常/咽頭痛	199	28 リンパ節腫脹/免疫グロブリン異常症	693
10 関節痛/筋痛/阻血痛	217	29 食欲不振/胸やけ	733
11 咳/痰	247	30 嘔気/嘔吐	757
12 喀血/血痰	281	31 嚥下困難	771
13 呼吸困難/呼吸不全	295	32 腹痛	783
14 チアノーゼ	353	33 吐血/下血	829
15 胸痛	365	34 腹部膨満/腹水	853
16 動悸/不整脈	399	35 腹部腫瘤/肝脾腫大	883
17 高血圧症	427	36 下痢	909
18 低血圧症	453	37 便秘	961
19 ショック	465	38 黄疸/肝機能検査異常	979

39 意識障害/失神	1019	44 感覺障害	1169
40 運動麻痺/筋力低下	1065	45 老年期痴呆	1193
41 失調症	1115		
42 錐体外路症状/不随意運動	1135	索引	1213
43 痙攣	1155		

1 発熱

fever

- §1 発熱のメカニズム** 2
- 熱の産生 2
 - 熱の放散 2
 - 体温調節中枢 2
 - 発熱の原因 3
- §2 発熱を起こす疾患** 5
- A 臓器別の発熱を起こす疾患 5
- B 原因からみた発熱疾患の病態 6
- C 発熱の程度からみた疾患 6
- D 不明熱 6
- 古典的不明熱 6
 - 新分類による不明熱 8
- E 感染性疾患 9
- I. ウイルス感染症 9
- 麻疹 9
 - 風疹 9
 - 流行性耳下腺炎 9
 - 単純ヘルペス感染症 10
 - 水痘一帯状疱疹ヘルペスウイルス感染症 11
 - サイトメガロウイルス感染症 11
 - 伝染性単核症(腺熱) 11
 - ウイルス下痢症 11
 - 後天性免疫不全症候群(エイズ) 12
- II. クラミジア・リケッチア感染症 14
- クラミジア感染症 14
 - ツツガムシ病 14
 - Q熱 14
- III. 細菌感染症 14
- 敗血症と重症感染症 14
 - 連鎖球菌感染症 15
 - ブドウ球菌感染症 18
 - グラム陰性桿菌感染症 18
- IV. スピロヘータ感染症 19
- レプトスピラ症 19
 - 鼠咬症 19
 - ライム病 19
- V. 真菌感染症 20
- 放線菌症 20
 - 肺真菌症 20
 - ニューモシスチス・カリニ肺炎 20
 - 尿路真菌症 20
- VI. 原虫感染症 20
- アメーバ赤痢 20
 - マラリア 20
- VII 日和見感染 22
- F 非感染性疾患 22
- 膠原病と類縁疾患 22
 - 血管炎症候群 23
 - 心・血管疾患 27
 - 内分泌疾患 28
 - 悪性腫瘍 28
 - 中枢神経系疾患 28
 - 血液疾患 28
 - 熱中症 30
 - 薬物による発熱 30
- §3 問診要項** 31
- §4 診断要項** 32
- A 診察の要領 32
- B 熱型からみた鑑別診断 32
- C 鑑別診断上注意すべき診察所見 35
- 顔貌 35
 - 口腔、咽頭の病変 35
 - 結膜炎、結膜充血 35
 - 皮膚の所見 36
 - 肝腫大、脾腫 37
 - リンパ節腫脹 38
 - 関節痛・筋痛 38
- D 発熱を起こす疾患に必要な検査 39
- 尿の検査 39
 - 糞便の検査 39
 - 末梢血液一般検査 39
 - 赤血球沈降速度 39
 - 感染に関係がある血液化学的検査 39
 - 血液培養検査 40
 - 抗体価 40
 - 膠原病に対する検査 40
 - 血清蛋白量、血清蛋白分画 40
 - 髄液の検査 41
 - X線検査 41
 - 甲状腺機能検査 41
 - 心電図検査 41
 - その他の検査 41
- E 臨床検査の進め方 41

§1 発熱のメカニズム

体温は周囲の温度の変化に影響されることなく、ほぼ一定に保たれている。これには個人的な差がみられるとともに、1日のうちでも多少の変動を示すものである。一般に午後3時頃が最も高く、真夜中が最も低い。正常ではこの日差が0.5℃内外である。このような体温の調節機能の障害によって体温が上昇することを発熱という。

体温の調節は熱の産生と放散とによって行われ、前者は化学的調節、後者は物理的調節である。この2つの機能の均衡が保たれ、はじめて体温の調節が円滑に行われる。なお物理的調節のほうが化学的調節よりもはるかに重要な意義を有する。

1. 熱の産生

熱は体内における食物の燃焼によって産生されるもので、最も多量の熱を発生するのは筋で、安静時において総熱量の59%は骨格筋より発生する。次に肝は22%、腎は4%の熱量を出す。なお呼吸筋は9%、心臓は4%である。

2. 熱の放散

熱は輻射、蒸発、対流（伝導）によって放散され、これらは主に皮膚において行われる。輻射によって失われる熱量は全放散量の60%ぐらいである。

蒸発には不感蒸泄と発汗とがある。不感蒸泄によって失われる熱量は全放散量の20～27%である。発汗があれば、これによって多量の熱量を失うことは当然である。

対流（伝導）によっても熱が失われる。これは皮膚および気道より空气中へ放散されるもので、全放散量の12～15%に相当する。

3. 体温調節中枢

体温の調節機能が円滑に行われるためには体温調節中枢の存在が古くより想定されている。

Ransonによると視床下部の前部に熱放散中枢があるといわれる（図1-1）。黒津は視床下部にはb細胞群（体温低下にさいし熱の産生を亢進する交感性温中枢）

と a および c-細胞群（体温上昇に対して熱の放散を増加する副交感性冷中枢）とが存し、この両者が拮抗的に働き一定の体温を保持すると述べている。

体温調節のメカニズムは、視床下部を通過する血液の温度が体温中枢に働き、体温調節作用が行われると考えられる。

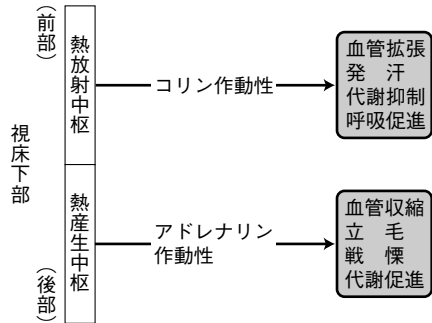


図 1-1 体温調節のメカニズム

体温の変化と自律神経系との間にはきわめて密接な関係があつて、交感神経の緊張状態は体温の上昇を招く。この場合、皮膚血管の収縮によって熱の放散が減少し、新陳代謝の亢進によって熱の産生が増加することが原因である。副交感神経の緊張状態においては反対の作用にもとづいて、体温の低下を招く。

発熱は感染、外傷、組織傷害などによって生ずる内因性発熱物質（endogenous pyrogen；EP）ないし白血球内因性メディエーター（leukocyte endogenous mediator；LEM）が血中に産生され、さらに視床下部に到達して、体温を調節しているセットポイントを上げることによって発熱が発生すると考えられていたが、最近、サイトカイン（8種）が重要な役割を演ずることが判明した。これはプロスタグランジン（PGE₂）の産生、放出を促し、final mediatorとして視床下部に作用して発熱が起こる。なお、視床下部から ACTH の分泌が促進され、副腎皮質からコルチコステロイドが分泌されてサイトカインの産生を抑制（negative feedback）する（図 1-2）。

なお、非ステロイド抗炎症薬が解熱作用を示すのは、シクロオキシゲナーゼ障害によって PGE 産生を抑制するためである。

4. 発熱の原因

発熱は感染、毒素、出血などによる体温調節中枢に対する直接的あるいは間接的な刺激によって起こることが多い。また体温の変動と自律神経系との間には密接な関係がある（前述）。そのほか体温の上昇を起こす要因としては、筋の運動、消化、高温下における激動などがあげられる。なお内分泌異常にも関係があつて、とくに排卵から月経開始までの期間に体温が上昇することが多い。そのほか、組

織の崩壊，アレルギー性反応，自己免疫反応，腫瘍，中枢神経障害などが体温上昇に関与する。発熱を起こす原因を図 1-3 に示す。

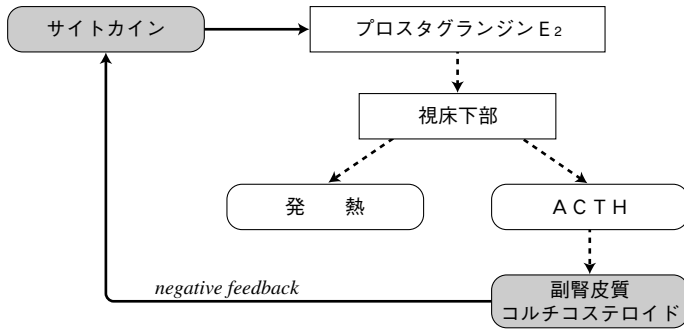


図 1-2 発熱のメカニズム

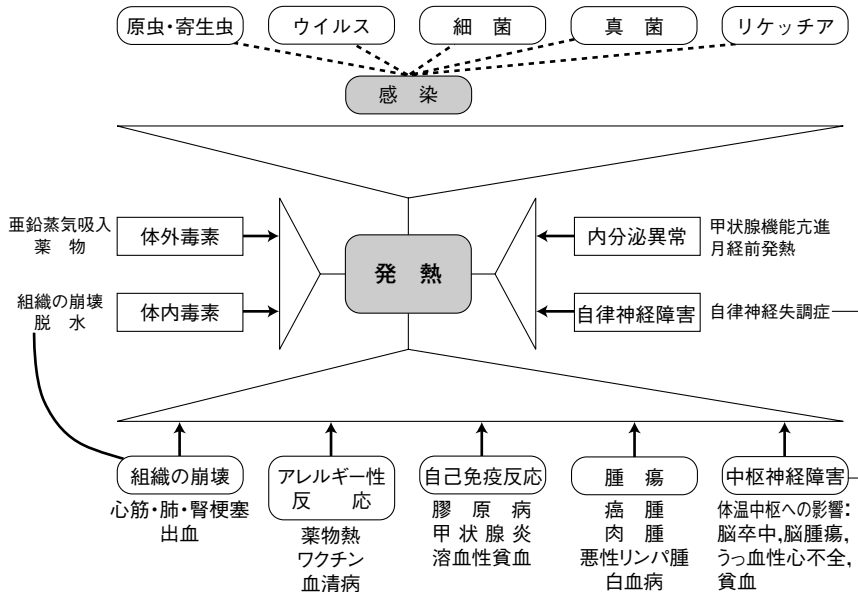


図 1-3 発熱を起こす原因

§2 発熱を起こす疾患

A 臓器別の発熱を起こす疾患

発熱を起こす疾患を臓器別にかけて図 1-4 に示す。

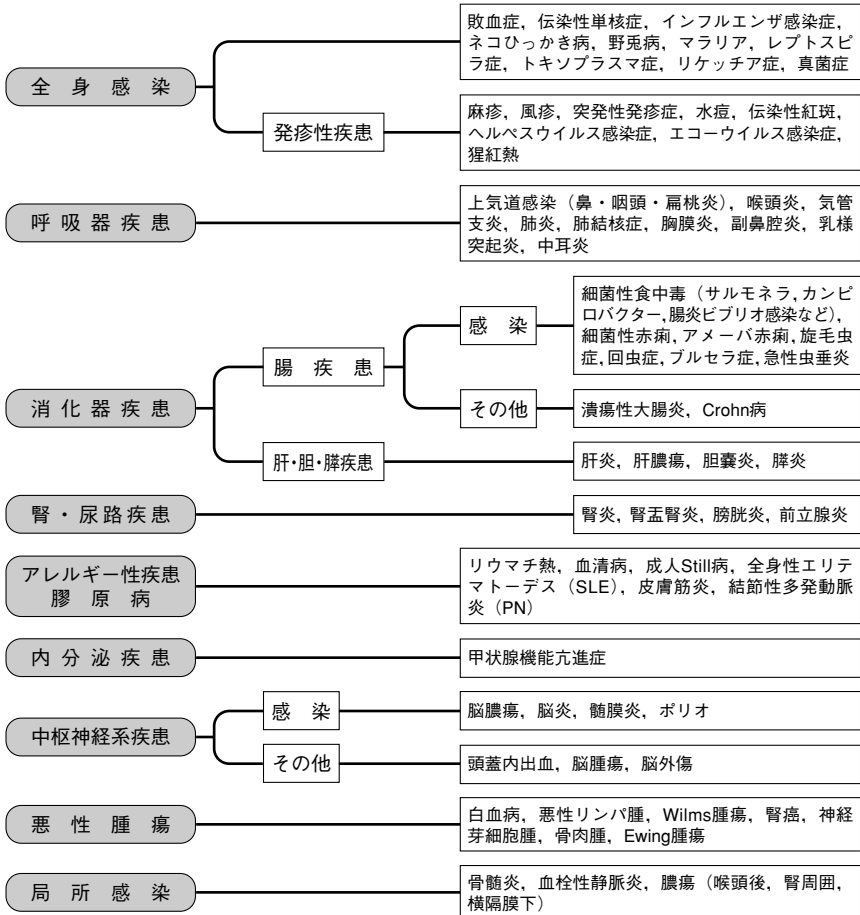


図 1-4 臓器別の発熱を起こす疾患

B 原因からみた発熱疾患の病態

感染性疾患と非感染性疾患の病態を図 1-5 に示す。

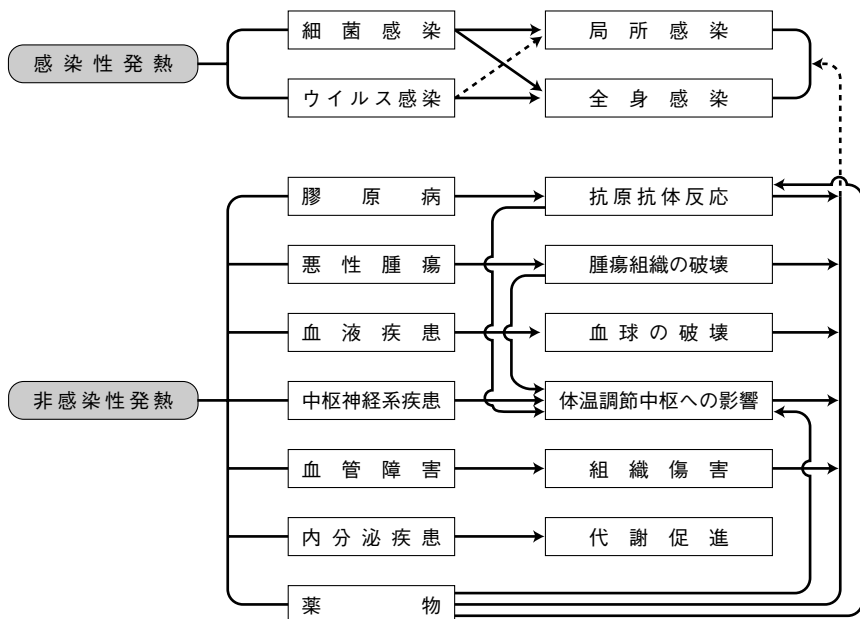


図 1-5 感染性発熱と非感染性発熱の病態

C 発熱の程度からみた疾患

高熱を起こす疾患を図 1-6 に、微熱を起こす疾患を図 1-7 に示す。

D 不明熱 fever of unknown origin (FUO)

1. 古典的不明熱 classic FUO

不明熱 (FUO) には Petersdorf と Beeson (1961) の定義 (表 1-1) がある。

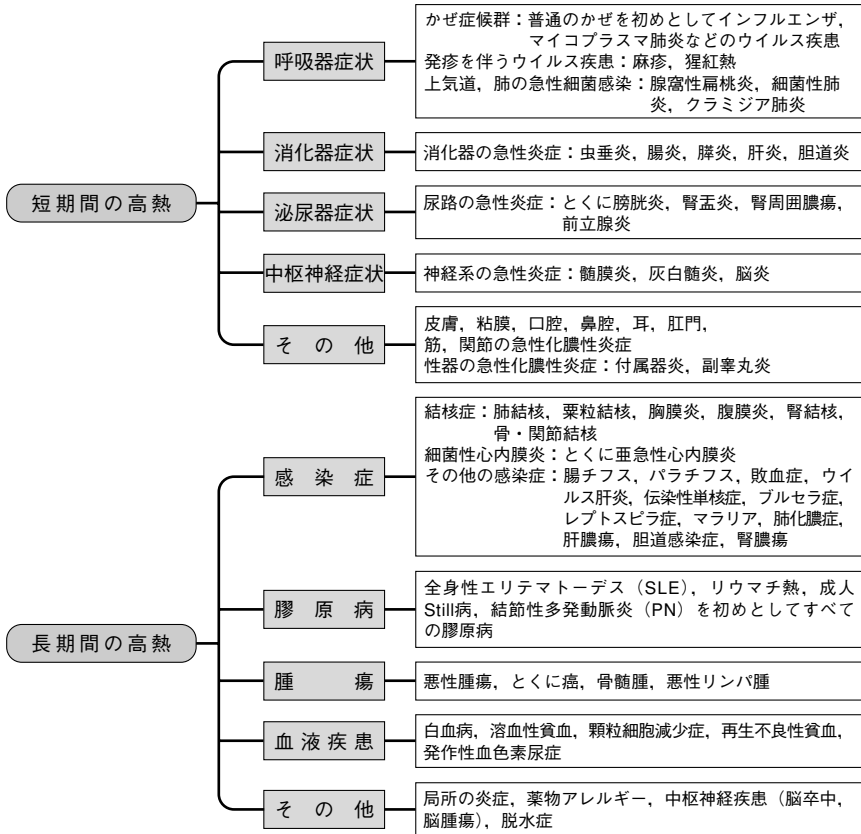


図 1-6 高熱を起こす疾患

表1-1 不明熱の定義

- ① 有熱期間が3週間以上つづく。
- ② 38.3℃（101°F）以上の発熱が数回以上みられる.*
- ③ 1週間入院検査を行っても原因が不明.**

(注) *欧米では口腔温によるから、わが国では38℃（腋窩温）としてよい。高齢者では、さらに低いことが少なくない。

**最近では入院3日、外来3回と短縮されている。

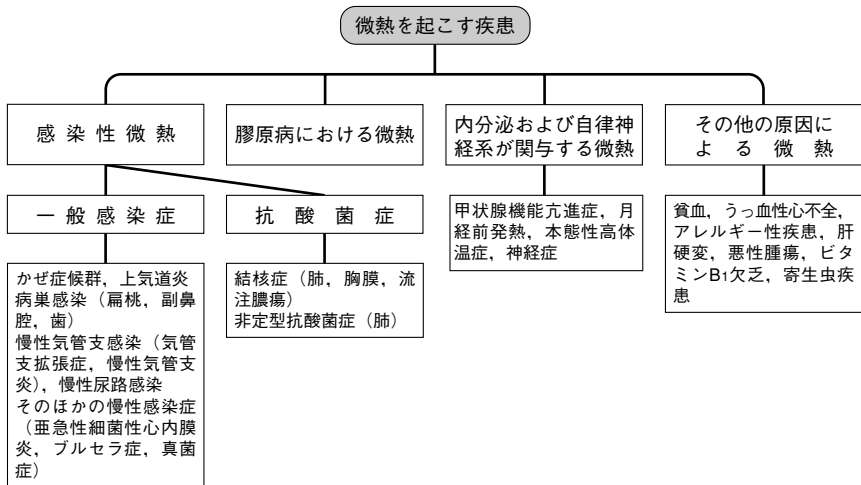


図 1-7 微熱を起こす疾患

2. 新分類による不明熱

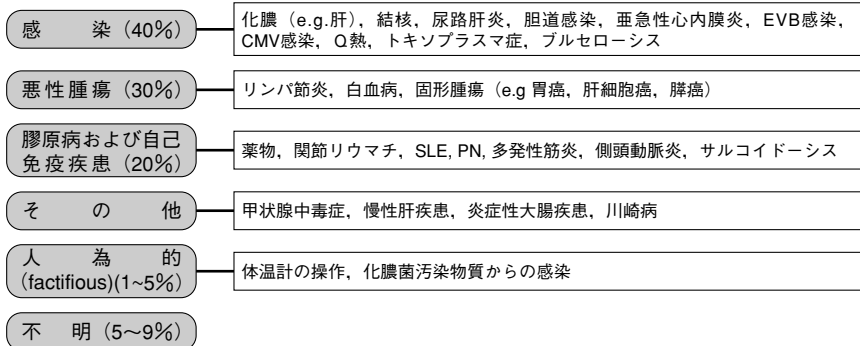
最近, Durack らは古典的 FUO 以外に nosocominal FUO, neutropenic FUO, HIV associated FUO を加えて分類している (表 1-2).

不明熱の場合に疑うべき疾患を図 1-8 に示す.

表1-2 FUO の新分類 (Durack & Street)

	Nosocominal (入院) FUO	Neutropenic (好中球減少性) FUO	HIV-associated (HIV関連) FUO	Classic (古典的) FUO
患者の常体	急性ケアのための入院で, 入院前には感染がないもの	好中球数 $500/\mu\text{l}$ 以下または1~2日以内に減少する直前	血性学的にHIV感染確認	3週以上発熱がつづく
観察検査期間	3日間	3日間	3日間 (外来では4週間以上)	入院で3日間 外来で3回検査

(Harrison's Principles of Internal Medicine, 14th ed. McGraw Hill, 1998)



* Farthing M.J.G. et al : Infectious diseases, Clinical Medicine 4Ed. ed. by P.Kumer & M. Clark p.7, Saunders, 1998 一部改変.

図 1-8 不明熱 Pyrexia of unknown origin (PUO) の原因疾患

E 感染性疾患

I. ウイルス感染症

1. 麻疹 measles

潜伏期 (10 ~ 12 日) を経て前駆期 (3 ~ 5 日) に入り, 発熱, 咳, 眼球粘膜充血などの粘膜症状とともに Koplik's spot を認める. ついで発疹期 (3 ~ 4 日) となり, 回復期に入る. 発熱は発疹発現後 3 ~ 4 日持続する (図 1-12). 合併症として中耳炎, 肺炎, 脳炎などがある.

2. 風疹 rubella

風疹ウイルスによる急性発疹性疾患である. 流行は春から秋にみられる. 麻疹様発疹, リンパ節腫大, 発熱が 3 主徴で, 発疹は 3 日ぐらいで消退する. 発熱は一般に軽度, 2 ~ 3 日で解熱する (図 1-12). 合併症として脳炎, 髄膜炎, 血小板減少性紫斑病, 関節炎などが起こることがある (図 p. 700).

妊娠前半期に感染をうけると, 先天性風疹症候群が新生児にみられ, 難聴, 白内障, 心奇形などを伴う.

3. 流行性耳下腺炎 epidemic parotitis (mumps)

RNA 型パラミキソウイルスに属するムンプスウイルスの感染によるもので, 耳下腺 (唾液腺) 炎のほか無菌性髄膜炎, 副睾丸炎, 睾丸炎, 膵炎などを合併す

ることがある。

4. 単純ヘルペス感染症 herpes simplex virus infections

顔面、口唇、口唇粘膜などに疱疹が出現する。全身に硬貨大の疱疹がみられ、2週間以内に治癒する。

とくに注意しなければならないのは角膜ヘルペス、妊婦の陰部ヘルペスである。また脳炎を発症することがある。表 1-3 に単純ヘルペス脳炎の診断基準を示す。

表1-3 単純ヘルペスウイルス脳炎の診断基準

1. 急性（ときに亜急性）脳炎を示唆する症状・症候を呈する
2. 神経学的検査所見
 - 1) 神経放射線学的所見にて側頭葉・前頭葉（主として、側頭葉内側面・前頭葉眼窩・島回皮質・角回を中心として）などに病巣を検出する
 - A. 頭部コンピュータ断層撮影（CT）
 - B. 頭部磁気共鳴画像（MRI）
 - 2) 脳波：ほぼ全例で異常を認める。局在性の異常は多くの症例で見られるが、比較的特徴とされる周期性一側てんかん型放電（PLEDS）は約30%の症例で認めにすぎない
 - 3) 髄液：通常、髄液圧の上昇、リンパ球優位の細胞増多、蛋白の上昇を示す。糖濃度は正常であることが多い。また、赤血球やキサントクロミーを認める場合もある
3. ウイルス学的検査所見（確定診断）
 - 1) 髄液を用いたpolymerase chain reaction（PCR）法でHSV-DNAが検出されること
ただし陰性であっても診断を否定するものではない
とくに、治療開始後は陰性化する可能性が高いので、治療前の髄液の検査を行うことが望ましい
 - 2) 単純ヘルペスウイルス（HSV）抗体測定による検討
髄液HSV抗体価の経時的かつ有意な上昇*
または、髄腔内抗体産生を示唆する所見がみられること
 - 3) 髄液からのウイルス分離はまれである

上記の1, 2から単純ヘルペス脳炎を疑う症例を「疑い例」、3のウイルス学的に確定診断された症例を「確定例」とする。

（ヘルペス脳炎のガイドライン，日本神経感染症学会，Neuroinfection 10：78，2005）

5. 水痘—带状疱疹ヘルペスウイルス感染症 varicella-zoster virus infections

水痘および带状疱疹はウイルス学的には同一の varicella-zoster virus (VZV) によって起こる。初感染は水痘として、その後潜伏していた VZV の再活性化により带状疱疹が発症する。熱型は図 1-12 参照。

6. サイトメガロウイルス感染症 cytomegalovirus infections (CMV)

CMV は単純性ヘルペスウイルス (HSV)、水痘 - 带状疱疹ウイルス (VZV)、Epstein-Barr ウイルス (EBV) とともにヘルペスウイルスに属し、その特性として、一度感染をうけると、ウイルスは生涯にわたって潜伏する。宿主の条件によって、ウイルスの再活性化がみられる (図 1-13 p. 699)。

7. 伝染性単核症 (腺熱) infectious mononucleosis (glandular fever)

リンパ節腫脹/悪性リンパ腫/免疫グロブリン異常の項 (p. 697) を参照されたい。

8. ウイルス下痢症 viral diarrhea

急性下痢 (胃腸炎) の原因としてウイルスが分離されるようになったのは 1970 年以降である。

a) ロタウイルス感染

ヒトロタウイルスは冬季乳幼児下痢症のうち最も頻度が高い。最近、老人施設内のロタウイルスによる急性胃腸炎の流行がみられる。下痢は水様便で、米のとぎ汁状の白色便である。糞便中にロタウイルス粒子またはその抗原を認める。また血清抗体を検出する。

b) Norwalk ウイルス感染

学童や成人において食中毒様の急性胃腸炎が集団で起こる。流行性非細菌性胃腸炎の 1/3 は Norwalk ウイルスによると考えられている。

c) カリシウイルス (calicivirus) 腸炎

カリシウイルスは乳幼児の散発性下痢や流行性胃腸炎の原因ウイルスとなる。

d) アストロウイルス (astrovirus) 腸炎

アストロウイルスは乳児の下痢の原因ウイルスの 1 つである。

9. 後天性免疫不全症候群(エイズ)acquired immune deficiency syndrome(AIDS)

AIDS ウイルスすなわち HIV (human immunodeficiency virus ヒト免疫不全ウイルス)の感染によって細胞性免疫不全をきたし、生体の防衛力が失われ、ニューモシチス・カリニ肺炎などの日和見感染、カポジ肉腫のような悪性腫瘍を起こす予後不良な疾患である。

本症では CD4 陽性 T リンパ球、マクロファージが免疫担当細胞を破壊して免疫不全に陥ると考えられる。それゆえ CD4 陽性リンパ球数が $200 \sim 499 / \text{mm}^3$ で破壊が始まり、 $200 / \text{mm}^3$ 未満で重症、 $50 / \text{mm}^3$ 未満で予後不良である。

エイズウイルスに感染すると一部はごく初期に非特異的な感冒様の急性症状を現わすことがあるが、多くは無症状のままキャリアの状態にとどまり、このうち発病するものは $10 \sim 30\%$ で、発病までに数カ月から5年といわれる。

発病すると持続性全身性リンパ節症 (リンパ節腫大)、エイズ関連症候群 (発熱、下痢、疲労感、頭痛、体重減少など) が現れ、この時期を前エイズという。さらに症状が進み、日和見感染、悪性腫瘍などが現れると真性エイズとよぶ。

エイズの診断の確定は、血中の抗 HIV 抗体が陽性になることと、細胞性免疫不全の証明による。

サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準を表 1-4 に示す。

表 1-4 サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準

I. HIV 感染症の診断

HIV の抗体スクリーニング検査法 (酵素抗体法 (ELISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等) の結果が陽性で以下のいずれかが陽性

- (1) 抗体確認法 (Western Blot 法など)
- (2) HIV 抗原検査、核酸診断法 (PCR) などの病原体に関する検査

II. AIDS の診断 I の基準を満たし、III の指標疾患の 1 つ以上が明らかに認められる場合に AIDS と診断する

III. 指標疾患

A 真菌症

1. カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. コクシジオイデス症
 - 1) 全身に播種したもの
 - 2) 肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - 1) 全身に播種したもの

- 2) 肺, 頸部, 肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
- 5. ニューモシスチス肺炎
- B 原虫症
 - 6. トキソプラズマ症 (生後1ヵ月以後)
 - 7. クリプトスポリジウム症 (1ヵ月以上続く下痢を伴ったもの)
 - 8. インスポラ症 (1ヵ月以上続く下痢を伴ったもの)
- C 細菌感染症
 - 9. 化膿性細菌感染症
(13歳未満で, ヘモフィルス, 連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に, 二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)
 - 1) 敗血症
 - 2) 肺炎
 - 3) 髄膜炎
 - 4) 骨関節炎
 - 5) 中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の腫瘍
 - 10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので, チフス菌によるものを除く)
 - 11. 活動性結核 (肺結核または肺外結核)
 - 12. 非定型抗酸菌症
 - 1) 全身に播種したもの
 - 2) 肺, 皮膚, 頸部, 肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
- D ウイルス感染症
 - 13. サイトメガロウイルス感染症 (生後1ヵ月以後で, 肝, 脾, リンパ節以外)
 - 14. 単純ヘルペス感染症
 - 1) 1ヵ月以上持続する粘膜, 皮膚の潰瘍を呈するもの
 - 2) 生後1ヵ月以後で気管支炎, 肺炎, 食道炎を併発するもの
 - 15. 進行性多巣性白質脳症
- E 腫瘍
 - 16. カボジ肉腫
 - 17. 原発性脳リンパ腫
 - 18. 非ボジキンリンパ腫
LSG分類により
 - 1) 大細胞型 免疫芽球型
 - 2) Burkitt型
 - 19. 浸潤性子宮頸癌
- F その他
 - 20. 反復性肺炎
 - 21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成: LIP/PLH complex (13歳未満)
 - 22. HIV脳症 (痴呆または亜急性脳炎)
 - 23. HIV消耗症候群 (全身衰弱またはスリム病)

〔編者略歴〕

名尾良憲 (なお よしのり)

- | | | | |
|-----------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|
| 1938年3月 | 千葉医科大学卒業 | 1977年11月～1985年11月 | 中央薬事審議会委員 (常任部会員) |
| 1938年4月 | 東京通信病院内科勤務 | 1980年5月～1990年5月 | 東京都社会保険支
払基金審査委員会審査委員長 |
| 1941年9月 | 千葉医科大学病理学教室勤務 | 1988年10月～1994年7月 | 日本学術会議消化
器病研究連絡委員会委員 |
| 1944年2月 | 千葉医科大学第2内科学教室勤務 | | |
| 1944年4月 | 医学博士学位授与 | | |
| 1944年5月 | 津海軍共済病院内科医長 | | |
| 1945年11月 | 三重県立医学専門学校講師兼内科
部長 | | |
| 1949年4月 | 三重県立医科大学助教授兼専門学校
教授 | | |
| 1949年11月 | 東京都立豊島病院内科医長 | | |
| 1967年12月 | 同 副院長 | | |
| 1970年12月 | 同 院長 | | |
| 1970年1月～1976年3月 | 東京女子医科大学
教授 (消化器病センター) | | |
| 1974年5月 | 東京都教職員互助会三楽病院院長 | | |
| 1978年4月 | 同 名誉院長 | | |

- 日本消化吸収学会名誉理事長
日本臨床寄生虫学会名誉理事長
日本大腸検査学会名誉理事長
日本大腸肛門学会名誉会員
日本消化器内視鏡学会特別会員
日本老年医学会特別会員
日本臨床血液学会功労会員
日本感染症学会功労会員
日本臨床薬理学会功労会員

主要症候からみた 鑑別診断学

2003年10月15日 第1版第1刷発行
2012年1月5日 第2版第1刷発行

原著者 名尾良憲 NAO, Yoshinori
改訂者 村上義次 MURAKAMI, Yoshitsugu
勝 健一 KATSU, Ken-ichi
発行者 市井輝和
発行所 株式会社 金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34
振替 01030-1-15605
電話 (075) 751-1111 (代表)
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組版 株式会社 データボックス
印刷 株式会社 サンエムカラー
製本 株式会社 兼文堂

© 名尾田鶴子・村上義次・勝 健一, 2012
落丁・乱丁本は直接弊社へお送り下さい。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1513-5

JCOPY <(社) 出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に、(社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

© 本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。