

34 混合性結合組織病 臨床調査個人票

(1.新規)

| | | | | | | | |
|-----------------|---|-----------|--------|----------------------------|------------|------------------------|----------------------------|
| ふりがな 氏名 | | | 性別 | 1.男 2.女 | 生年 月 日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 | 年 月 日生 (満 歳) |
| 住所 | 郵便番号 | | 電話 () | | 出生 都道府県 | 発病時在住 都道府県 | |
| 発病年月 | 1.昭和 2.平成 | 年 月 (満 歳) | 初診年月日 | 1.昭和 2.平成 | 年 月 日 | 保険種別 | 1.政 2.組 3.船 4.共 5.国 6.老 |
| 身体障害者 手帳 | 1.あり(等級____級) 2.なし | | 介護認定 | 1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし | | | |
| 生活状況 | 社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____)) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助) | | | | | | |
| 受診状況 (最近6か月) | 1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他() | | | | | | |

発症と経過(具体的に記述) 【WISH入力不要】

| | | |
|------|---|--|
| 家族歴 | 膠原病の発症者 1.あり(病名: , 続柄:)(病名: , 続柄:) 2.なし 3.不明 | |
| 初発症状 | レイノー症状(1.あり 2.なし) 関節痛(1.あり 2.なし) 紅斑(1.あり 2.なし) 発熱(1.あり 2.なし) その他(1.あり() 2.なし) | |

| 臨床症状・検査所見 | | | |
|--|--|---|--|
| レイノー現象 手指ないし手背の腫脹 抗u1-RNP抗体陽性 多発関節炎 リンパ節腫脹 顔面紅斑 心膜炎 胸膜炎 白血球減少症(4,000/mm ³ 以下) 血小板減少症(10万/mm ³ 以下) | 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 | 手指に限局した皮膚硬化 肺線維症 拘束性換気障害(%VC80%以下) 肺拡散能低下(DLco70%以下) 食道蠕動低下又は拡張 筋力低下 筋原性酵素(CK等)上昇 筋電図上の筋原性異常所見 | 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 肺高血圧症(疑診も含む) 中枢神経症状 関節背面の紅斑又は上眼瞼浮腫性紅斑 近位部の皮膚硬化 | 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 | 持続性蛋白尿(0.5g/日超) 抗DNA抗体陽性 抗Sm抗体陽性 抗トポイソメラーゼ 抗体陽性 抗Jo-1抗体陽性 | 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 |

| | |
|-----------|--|
| 合併症 | 1.シェーグレン症候群 2.慢性甲状腺炎 3.その他() |
| 他診断基準の満足度 | 1.SLE 2.強皮症 3.皮膚筋炎/多発性筋炎 4.関節リウマチ 5.その他() |

| | | |
|-------------------------|--|--|
| 現在の治療状況(今後6か月の予定の治療も含む) | | 治療効果 |
| 治療 状況 | 副腎皮質ステロイド 1.あり(プレドニゾロン換算最大量 mg/日) 2.なし ステロイド・パルス療法 1.あり 2.なし 免疫抑制剤 1.あり(薬品名 最大投与量) 2.なし 循環改善薬 1.あり(薬品名 最大投与量) 2.なし その他 1.あり(薬剤名) 2.なし | 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明 |

医療上の問題点 【WISH入力不要】

| | | | |
|--|----------|----------|-------|
| 医療機関名 | | | |
| 医療機関所在地 | | | |
| 医師の氏名 | 電話番号 () | | |
| | 印 | 記載年月日:平成 | 年 月 日 |
| (軽快者の症状が悪化した場合のみ記載) 症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日 | | | |
| 特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日 | | | |

34 混合性結合組織病 臨床調査個人票

(2. 継続)

| | | | | | | |
|----------------|---|-----------|------------|----------------------------|------------------------|-----------------|
| ふりがな 氏名 | 性別 | | 1.男 2.女 | 生年 月 日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 | 年 月 日生 (満 歳) |
| 住所 | 郵便番号 | | 電話 () | | 出生 都道府県 | 発病時在住 都道府県 |
| 発病年月 | 1.昭和 2.平成 | 年 月 (満 歳) | 初診年月日 | 1.昭和 2.平成 | 年 月 日 | 保険種別 |
| 身体障害者 手帳 | 1.あり(等級____級) 2.なし | | 介護認定 | 1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし | | |
| 生活状況 | 社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____)) | | | | | 初回認定年月 |
| | 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助) | | | | | 1.昭和 2.平成 |
| 受診状況 (最近1年) | 1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他() | | | | | |

治療と経過(前回申請からの変化を中心に具体的に記述)

【WISH入力不要】

前回申請からの経過 1.治癒 2.軽快 3.不変 4.徐々に悪化 5.急速に悪化 6.その他()

臨床症状及び検査所見(最近1年以内)

| | | | |
|-----------------|----------------|--------------------------------|----------------|
| 肺高血圧症(確定) | 1.あり 2.なし 3.不明 | 逆流性食道炎 | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 肺高血圧症(疑い) | 1.あり 2.なし 3.不明 | 筋力低下 | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 肺線維症 | 1.あり 2.なし 3.不明 | 心膜炎・胸膜炎 | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 活動性多発性関節炎 | 1.あり 2.なし 3.不明 | 血小板減少症(10万/mm ³ 以下) | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 持続性蛋白尿(0.5g/日超) | 1.あり 2.なし 3.不明 | | |

合併症 1.シェーグレン症候群 2.慢性甲状腺炎 3.その他()

他診断基準の満足度 1.SLE 2.強皮症 3.皮膚筋炎/多発性筋炎 4.関節リウマチ 5.その他()

治療(最近1年以内の状況)

治療効果

| | | |
|-------------|-----------------------------------|----------------|
| 副腎皮質ステロイド | 1.あり(プレドニゾロン換算最大量 mg/日) 2.なし | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| ステロイド・パルス療法 | 1.あり 2.なし | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 免疫抑制剤 | 1.あり(薬品名 最大投与量) 2.なし | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| 循環改善薬 | 1.あり(薬品名 最大投与量) 2.なし | 1.あり 2.なし 3.不明 |
| その他 | DMARD(1.あり 2.なし) NSAID(1.あり 2.なし) | 1.あり 2.なし 3.不明 |

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ()

医師の氏名



記載年月日:平成 年 月 日