

4 全身性エリテマトーデス 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)						
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)		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】							
臨床症状							
皮膚・ 粘膜 症状	顔面紅斑	1.あり	2.なし	脱毛	1.あり	2.なし	
	円板状皮疹	1.あり	2.なし	レイノー現象	1.あり	2.なし	
	光線過敏症	1.あり	2.なし	消化管潰瘍	1.あり	2.なし	
	口腔内鼻粘膜内無痛性潰瘍	1.あり	2.なし	その他	1.あり()	2.なし (がある場合は写真又は病理所見を添付すること)	
精神・ 神経 症状	けいれん発作	1.あり	2.なし	意識障害	1.あり	2.なし	
	精神症状	1.あり()	2.なし	脳血管障害	1.あり	2.なし	
	器質性脳症候群	1.あり()	2.なし	脊髄障害	1.あり	2.なし	
	脳神経症状	1.あり()	2.なし	無菌性髄膜炎	1.あり	2.なし	
	多発性単神経炎	1.あり	2.なし	その他	1.あり()	2.なし	
関節・ 筋肉 症状	非破壊性の関節炎(2か所以上)	1.あり	2.なし				
	筋痛	1.あり	2.なし				
	筋力低下	1.あり	2.なし				
心・肺 症状	胸膜炎	1.あり	2.なし	肺梗塞	1.あり	2.なし	
	心膜炎	1.あり	2.なし	肺出血	1.あり	2.なし	
	間質性肺炎	1.あり	2.なし	その他	1.あり()	2.なし	
	肺高血圧症	1.あり	2.なし				
腎症状	急速進行性腎炎	1.あり	2.なし				
	急性腎不全	1.あり	2.なし				
	慢性腎不全	1.あり	2.なし				
	ネフローゼ症候群	1.あり	2.なし				
	腎生検所見	1.あり	WHO()型	2.なし	3.未検		
	その他症状	1.あり()	2.なし				
検査所見 最近6か月以内の検査を記入のこと							
白血球数	()/mm ³			C ₄ 値	() [正常値]		
リンパ球数	()/mm ³			CRP値	()		
ヘモグロビン	()g/dl			抗核抗体	()倍()型		
溶血性貧血	1.あり 2.なし 3.不明			抗二本鎖DNA抗体価	() [正常値]		
血小板数	() × 10 ⁴ /mm ³			抗Sm抗体陽性	1.あり 2.なし 3.不明		
尿タンパク	()g/日			抗U1-RNP抗体陽性	1.あり 2.なし 3.不明		
赤血球尿	1.あり 2.なし 3.不明			抗SS-A抗体	1.あり 2.なし 3.不明		
顆粒円柱	1.あり 2.なし 3.不明			抗SS-B抗体	1.あり 2.なし 3.不明		
血清Cr値	()mg/dl			抗カルジオリピン抗体	1.あり 2.なし 3.不明		
CH ₅₀ 値	() [正常値]			ループス抗凝固因子	1.あり 2.なし 3.不明		
C ₃ 値	() [正常値]			血清梅毒反応偽陽性	1.あり 2.なし 3.不明		

鑑別診断（以下の疾患が鑑別できること）			
他の膠原病 薬剤性ループス ウイルスを含む感染症	1.できる 2.できない 1.できる 2.できない 1.できる 2.できない	血液疾患 悪性腫瘍 その他（	1.できる 2.できない 1.できる 2.できない ）1.できる 2.できない
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
副腎皮質ステロイド 非ステロイド系抗炎症薬 免疫抑制剤 ステロイドパルス療法 血漿交換療法 血液透析 その他	1.あり（プレドニゾロン換算最大量 1.あり（種類 最大投与量 1.あり（種類 最大投与量 1.あり 1.あり（期間 1.あり（期間 1.あり（	mg/日） 2.なし mg/日） 2.なし mg/日） 2.なし 2.なし ） 2.なし ） 2.なし ） 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 1.あり 2.なし 3.不明 1.あり 2.なし 3.不明
合併症			
感染症 消化管潰瘍 糖尿病 高血圧症 圧迫骨折 骨壊死	1.あり（ 1.あり 1.あり 1.あり 1.あり 1.あり	） 2.なし 3.不明 2.なし 3.不明 2.なし 3.不明 2.なし 3.不明 2.なし 3.不明 2.なし 3.不明	心筋梗塞 1.あり 2.なし 3.不明 脳梗塞 1.あり 2.なし 3.不明 悪性腫瘍 1.あり 2.なし 3.不明 DIC 1.あり 2.なし 3.不明 その他 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			
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			

4 全身性エリテマトーデス 臨床調査個人票

(2. 継続)

ふりがな			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)
氏名								
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(____))						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		年 月
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】

臨 床 症 状

	最近1年間の所見	全経過中の所見
顔面紅斑	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
円板状皮疹症	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
光線過敏症	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
口腔内鼻粘膜内無痛性潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
非破壊性の関節炎(2か所以上)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
漿膜炎(胸膜炎又は心膜炎)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
腎病変(0.5g/日以上持続性タンパク尿 又は細胞性円柱の出現)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
腎生検(検査:昭和・平成 年 月 日)	WHO()型	WHO()型
神経病変(けいれん発作又は神経障害)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
血液学的異常		
a. 溶血性貧血	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
b. 白血球減少(4,000/mm ³ 以下)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
c. リンパ球減少(1,500/mm ³ 以下)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
d. 血小板減少(10万/mm ³ 以下)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
免疫学的異常		
a. 抗二本鎖DNA抗体価高値	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
b. 抗Sm抗体陽性	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
c. 抗カルジオリピン抗体	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
d. ループス抗凝固因子	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
e. 血清梅毒反応偽陽性	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明

治療状況						
	最近1年間の状況			全経過を通じて		
			治療効果			治療効果
副腎皮質ステロイド	1.あり(フルトニゾロン 換算最大量	2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(フルトニゾロン 換算最大量	2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明
免疫抑制剤	1.あり(種類 (最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(種類 (最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明
非ステロイド系 抗炎症薬	1.あり(種類 最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(種類 最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明
血漿交換療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
血液透析	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
その他の薬剤	1.あり(薬剤名 投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(薬剤名 投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明

合併症						
	最近1年間の状況			全経過を通じて		
感染症	1.あり()	2.なし	3.不明	1.あり()	2.なし	3.不明
消化管潰瘍	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
糖尿病	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
高血圧症	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
圧迫骨折	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
骨壊死	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
心筋梗塞	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
脳梗塞	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
悪性腫瘍	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
DIC	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
その他	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

電話番号 ()

医師の氏名

記載年月日：平成 年 月 日

