

9-1 強皮症 臨床調査個人票

(1.新規)

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(____)) 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				診断時又は最重症時(平成 年 月)			
1.皮膚硬化				1.あり 2.なし 3.不明			
体幹				1.あり 2.なし 3.不明			
上腕				1.あり 2.なし 3.不明			
前腕				1.あり 2.なし 3.不明			
手背				1.あり 2.なし 3.不明			
手指				1.あり 2.なし 3.不明			
2.その他の主要症状				1.あり 2.なし 3.不明			
手指先端部の虫食い状癬痕				1.あり 2.なし 3.不明			
両側性肺線維症(CT又はXPで確認)				1.あり 2.なし 3.不明			
レイノー現象				1.あり 2.なし 3.不明			
爪上皮内出血点				1.あり 2.なし 3.不明			
3.主な自他覚症状				1.あり 2.なし 3.不明			
指尖潰瘍				1.あり 2.なし 3.不明			
息切れ・動悸				1.あり 2.なし 3.不明			
胸焼け・逆流・食物のつかえ				1.あり 2.なし 3.不明			
4.主な検査所見				1.あり 2.なし 3.不明			
(1)自己抗体				1.あり 2.なし 3.不明			
抗核抗体				1.あり 2.なし 3.不明			
抗 Scl-70(トポイソメラーゼ)抗体				1.あり 2.なし 3.不明			
抗セントロメア抗体				1.あり 2.なし 3.不明			
抗 RN(U1-RNP)抗体				1.あり 2.なし 3.不明			
その他の自己抗体()				1.あり() 2.なし 3.不明			
(2)皮膚病理学的所見(前腕伸側)				1.硬化あり 2.硬化なし 3.未検			
5.主な内臓病変(検査によって確認ができたもの)				1.あり 2.なし 3.未検			
逆流性食道炎				1.あり 2.なし 3.未検			
心伝導障害				1.あり 2.なし 3.未検			
強皮症腎クリーゼ				1.あり 2.なし 3.未検			
肺高血圧				1.あり 2.なし 3.未検			
シェーグレン症候群				1.あり 2.なし 3.未検			
6.QOLに関して(他疾患によるものを除く)				1.あり 2.なし			
在宅酸素療法				1.あり 2.なし			
強皮症腎クリーゼに伴う透析				1.あり 2.なし			
心伝導障害に伴うペースメーカー装着				1.あり 2.なし			
運動障害による車いす生活又は起立不能				1.あり 2.なし			
仮性腸閉塞及び摂食障害による在宅IVH療法				1.あり 2.なし			

鑑別診断			
限局性強皮症を鑑別 1.できる 2.できない			
現在の治療状況（今後6ヶ月間の予定の治療も含む）			治療効果
副腎皮質ステロイド	1.あり（プレドニゾン換算最大量	mg/日・週）	2.なし
免疫抑制剤	1.あり（種類	最大投与量	mg/日・週）
非ステロイド系抗炎症薬	1.あり（種類	最大投与量	mg/日・週）
プロスタサイクリン	1.あり		2.なし
ACE阻害剤	1.あり		2.なし
その他	1.あり（薬剤名等		） 2.なし
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

9-1 強皮症 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(____)) 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)						初回認定年月 1.昭和 年 月 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】								
臨床症状				最近1年以内の状況(平成 年 月)				
1.皮膚硬化				体幹	1.あり	2.なし	3.不明	
				上腕	1.あり	2.なし	3.不明	
				前腕	1.あり	2.なし	3.不明	
				手背	1.あり	2.なし	3.不明	
				手指	1.あり	2.なし	3.不明	
2.その他の主要症状								
手指先端部の虫食い状癬痕				1.あり	2.なし	3.不明		
両側性肺線維症(CT又はX Pで確認)				1.あり	2.なし	3.不明		
レイノー現象				1.あり	2.なし	3.不明		
爪上皮内出血点				1.あり	2.なし	3.不明		
3.主な自覚症状								
指尖潰瘍				1.あり	2.なし	3.不明		
息切れ・動悸				1.あり	2.なし	3.不明		
胸焼け・逆流・食物のつかえ				1.あり	2.なし	3.不明		
4.主な検査所見								
自己抗体								
抗核抗体				1.あり	2.なし	3.不明		
抗 Scl-70(トポイソメラーゼ)抗体				1.あり	2.なし	3.不明		
抗セントロメア抗体				1.あり	2.なし	3.不明		
抗 RNP(U1-RNP)抗体				1.あり	2.なし	3.不明		
その他の自己抗体()				1.あり()	2.なし	3.不明		
5.主な内臓病変(検査によって確認ができたもの)								
逆流性食道炎				1.あり	2.なし	3.未検		
心伝導障害				1.あり	2.なし	3.未検		
強皮症腎クリーゼ				1.あり	2.なし	3.未検		
肺高血圧				1.あり	2.なし	3.未検		
シェーグレン症候群				1.あり	2.なし	3.未検		
6.QOLに関して(他疾患によるものを除く)								
在宅酸素療法				1.あり	2.なし			
強皮症腎クリーゼに伴う透析				1.あり	2.なし			
心伝導障害に伴うペースメーカー装着				1.あり	2.なし			
運動障害による車いす生活又は起立不能				1.あり	2.なし			
仮性腸閉塞及び摂食障害による在宅IVH療法				1.あり	2.なし			

鑑別診断					
限局性強皮症を鑑別 1.できる 2.できない					
治療状況					
	最近1年間の状況			全経過を通じて	
				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・月)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(プレドニゾロン 換算最大量 mg/日・月)	2.なし 1.あり 2.なし 3.不明
免疫抑制剤	1.あり(種類 (最大投与量 mg/日・月)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(種類 (最大投与量 mg/日・月)	2.なし 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 mg/日・月)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(種類 最大投与量 mg/日・月)	2.なし 1.あり 2.なし 3.不明
プロスタグリン	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
ACE阻害剤	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 mg/日・月)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり(薬剤名 投与量 mg/日・月)	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					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 印 記載年月日：平成 年 月 日 </div>					