

9-2 皮膚筋炎及び多発性筋炎 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 4.共	2.組 5.国	3.船 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		受診状況		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 日)

1. 皮膚症状			
a. ヘリオトローブ疹	1.あり	2.なし	3.不明
b. ゴットロン徴候	1.あり	2.なし	3.不明
c. 四肢伸側の紅斑	1.あり	2.なし	3.不明
2. 上肢又は下肢近位筋の筋力低下	1.あり	2.なし	3.不明
3. 筋肉の自発痛又は把握痛	1.あり	2.なし	3.不明
4. 血清中筋原性酵素の上昇	1.あり	クレアチンキナーゼ( )	2.なし 3.不明
		アルドラーゼ ( )	
5. 筋電図の筋原性変化	1.あり	2.なし	3.不明
6. 骨破壊を伴わない関節炎 又は関節痛	1.あり(具体的に	)	2.なし 3.不明
7. 全身性炎症所見			
a. 発熱	1.あり(期間:昭和・平成 年 月~平成 年 月)	2.なし	3.不明
b. CRP 上昇	1.あり(CRP : )	2.なし	
c. 赤沈亢進	1.あり(赤沈: mm/h)	2.なし	
8. 抗Jo-1 抗体陽性	1.陽性(力価: )	2.陰性	3.不明
9. 筋生検で筋炎の病理所見 (筋線維の変性及び細胞浸潤)	1.あり	2.なし	3.未検
10. 間質性肺炎	1.あり	2.なし	

鑑別診断(以下の疾患が鑑別できること)

感染による筋炎	1.できる 2.できない
薬剤誘発性ミオパチー	1.できる 2.できない
内分泌異常に伴うミオパチー	1.できる 2.できない
筋ジストロフィーその他の先天性筋疾患	1.できる 2.できない
その他( )	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 （プレドニゾロン換算最大量 mg/日）	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・週）	2.なし 3.不明
免疫抑制剤	1.あり （種類 最大投与量 mg/日・週）	2.なし 3.不明
ステロイドパルス療法	1.あり	2.なし 3.不明
血漿交換療法	1.あり （期間 昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月）	2.なし 3.不明
その他の薬剤	1.あり （薬剤名 投与量 mg/日・週）	2.なし 3.不明
合併症		
感染症	1.あり 2.なし 3.不明 （具体的に )	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 （具体的に )
消化管潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	
糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明	
高血圧症	1.あり 2.なし 3.不明	
圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明	
骨壊死	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		

## 9-2 皮膚筋炎及び多発性筋炎 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	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 年 2.平成 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年以内の状況:平成 年 月)							
1. 皮膚症状							
a. ヘリオトロープ疹	1.あり						2.なし 3.不明
b. ゴットロン徴候	1.あり						2.なし 3.不明
c. 四肢伸側の紅斑	1.あり						2.なし 3.不明
2. 上肢又は下肢近位筋の筋力低下	1.あり						2.なし 3.不明
3. 筋肉の自発痛又は把握痛	1.あり						2.なし 3.不明
4. 血清中筋原性酵素の上昇	1.あり	クレアチンキナーゼ( )				2.なし 3.不明	
		アルドラーゼ ( )					
5. 筋電図の筋原性変化	1.あり						2.なし 3.不明
6. 骨破壊を伴わない関節炎 又は関節痛	1.あり(具体的に )						2.なし 3.不明
7. 全身性炎症所見							
a. 発熱	1.あり(期間:昭和・平成 年 月~平成 年 月)						2.なし 3.不明
b. CRP 上昇	1.あり(CRP : )						2.なし
c. 赤沈亢進	1.あり(赤沈: mm/h)						2.なし
8. 抗Jo-1 抗体陽性	1.陽性(力価: )						2.陰性 3.不明
9. 筋生検で筋炎の病理所見 (筋線維の変性及び細胞浸潤)	1.あり						2.なし 3.未検
10. 間質性肺炎	1.あり						2.なし

治療状況（最近1年間の状況）		治療効果
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし (プレドニゾン換算最大量 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 2.なし (種類 最大投与量 mg/日・週)	1.あり 2.なし 3.不明
免疫抑制剤	1.あり 2.なし (種類 最大投与量 mg/日・週)	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
血漿交換療法	1.あり 2.なし (期間 平成 年 月～平成 年 月)	1.あり 2.なし 3.不明
その他の薬剤	1.あり 2.なし (薬剤名 投与量 mg/日・週)	1.あり 2.なし 3.不明
治療状況（全経過を通じて）		治療効果
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし (プレドニゾン換算最大量 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 2.なし (種類 最大投与量 mg/日・週)	1.あり 2.なし 3.不明
免疫抑制剤	1.あり 2.なし (種類 最大投与量 mg/日・週)	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
血漿交換療法	1.あり 2.なし (期間 昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月)	1.あり 2.なし 3.不明
その他の薬剤	1.あり 2.なし (薬剤名 投与量 mg/日・週)	1.あり 2.なし 3.不明
合併症		
感染症	1.あり 2.なし 3.不明 (具体的に )	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 D I C 1.あり 2.なし 3.不明 その他 1.あり 2.なし 3.不明 (具体的に )
消化管潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	
糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明	
高血圧症	1.あり 2.なし 3.不明	
圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明	
骨壊死	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	