271　強直性脊椎炎

□ 新規　□ 更新

**■　基本情報**

|  |
| --- |
| **氏名** |
| 姓(漢字) 　　 　　　 名(漢字) 姓(かな) 　　　　　 名(かな) |
| **住所** |
| 郵便番号 住所 |
| **生年月日等** |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 性別 | 1.男 　2.女 |
| 出生市区町村 | 　 |
| 出生時氏名（変更のある場合） | 姓(漢字) 名(漢字) 姓(かな) 名(かな) |
| **家族歴** |
| 近親者の発症者の有無＊ | 1.あり 2.なし 3.不明　　　発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞（男性） 5.同胞（女性）6.祖父（父方）7.祖母（父方） 8.祖父（母方） 9.祖母（母方）10.いとこ 11.その他（　　　　　　） |
| 両親の近親結婚 | 1.あり 2.なし 3.不明 詳細：　 |
| **発病時の状況** |
| 発症年月 | 西暦 年 月　　　　　 |
| **社会保障** |
| 介護認定 | 1.要介護　2.要支援　3.なし | 要介護度 | 1　2　3　4　5 |
| **生活状況** |
| 移動の程度 | 1.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 3.寝たきりである |
| 身の回りの管理 | 1.洗面や着替えに問題はない 2.いくらか問題がある 3.自分でできない |
| ふだんの活動 | 1.問題はない 2.いくらか問題がある 3.行うことができない |
| 痛み／不快感 | 1.ない 2.中程度ある 3.ひどい |
| 不安／ふさぎ込み | 1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる |

**■　診断基準に関する事項**

**症状の概要、経過、特記すべき事項など**

|  |
| --- |
|  |

**Ａ．臨床症状（該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| a)腰背部の疼痛・こわばり（3ヶ月以上持続。運動により改善し、安静により改善しない） | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| b)腰椎可動域制限（ Schober 試験で5㎝以下) | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| c)胸郭拡張制限(第4肋骨レベルで最大呼気時と最大吸気時の胸囲の差が2.5㎝以下) | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 末梢関節炎 | 　1.あり（肩　肘　手　指　股　膝　足　趾）　2.なし　3.不明 |
| 付着部炎　 | 　1.あり（踵部・アキレス腱　足底　坐骨結節　恥骨結合　大転子　棘突起　胸鎖関節　その他　　　　）2.なし　3.不明 |
| 関節外症状 |
| □前部ぶどう膜炎（虹彩・毛様体炎）□大動脈弁閉鎖不全　□不整脈　□間質性肺炎　□馬尾症候群　□尿路結石　□その他　　　　　　 |

**Ｂ．検査所見**

|  |
| --- |
| X線所見　　　 |
| 両側の２度以上の仙腸関節炎 | 1.あり　2.なし 3.不明 | 一側の３度以上の仙腸関節炎所見 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 竹様脊椎（bamboo spine） | 1.あり（頚椎　胸椎　腰椎）　2.なし |
| *HLA-B27* | 1.陽性　2.陰性　3.未実施 |
| 血液検査 | ＣＲＰ　　　mg/dL 　　　　血沈　　　mm/1時間　　　 　　　測定日　西暦　　　　年　　月　　日 |
| X線画像（仙腸関節・脊椎椎体）　 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| ありの場合：添付を要す　 |
| MRI（仙腸関節・脊椎椎体）　　 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 　　ありの場合：添付を要す　 |

※仙腸関節の撮影は斜位像も撮影して確認することが望ましい

**Ｃ．鑑別診断**

|  |  |
| --- | --- |
| 以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。 | 1.全て除外可　2.除外不可 3.不明 |
| □乾癬性関節炎　□反応性関節炎　□炎症性腸疾患に伴う脊椎関節炎　□SAPHO症候群（掌蹠膿疱症性骨関節炎）　□線維筋痛症　□関節リウマチ　□リウマチ性多発筋痛症　□強直性脊椎骨増殖症　□硬化性腸骨骨炎　□変形性脊椎症　□変形性仙腸関節症 |

**＜診断のカテゴリー＞（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □　確実例 : Ｃ.鑑別診断を除外し、Ａ.臨床症状のa）、b)、c)のうちの１項目以上　+　仙腸関節のX線所見 |
| □　疑い例 : Ａ.臨床症状3 項目 |
| □　疑い例 : Ａ.臨床症状なし＋X 線所見 |

※仙腸関節のＸ線所見は、両側２度以上、あるいは片側３度以上を陽性所見とする

**■　治療内容と有効性（該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| NSAIDs　**：**　□有効　　□無効 | 1.実施　2.未実施　3.不明 |
| DMARDs　（サラゾスルファピリジン　メトトレキサートなど）　　**：**　□有効　　□無効 | 1.実施　2.未実施　3.不明 |
| ステロイド (全身投与)　**：**　有効　無効 (局所投与) **：**　有効　無効 | 1.実施　2.未実施　3.不明 |
| 生物学的製剤　（インフリキシマブ　アダリムマブなど）　：　有効　無効 | 1.実施　2.未実施　3.不明 |

**■　重症度分類に関する事項**

|  |  |
| --- | --- |
| ＢＡＳＤＡＩスコアが４以上　かつＣＲＰ が1.5mg/dL以上 | 1.該当　2.非該当 |
| ＢＡＳＭＩスコアが５以上 | 1.該当　2.非該当 |
| 脊椎X-P上、連続する２椎間以上に強直（bamboo spine）が認められる | 1.あり　2.なし |
| 薬物治療が無効で高度の機能障害のため外科的治療が必要な末梢関節炎 | 1.あり　2.なし |
| 局所治療抵抗性・反復性もしくは視力障害を伴う急性前部ぶどう膜炎 | 1.あり　2.なし |

**■　人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用の有無 | 1.あり |
| 開始時期 | 西暦 年 月 | 離脱の見込み | 1.あり 2.なし |
| 種類 | 1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 |
| 施行状況 | 1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 4 .現在は未施行 |
| 生活状況 | 食事整容入浴階段昇降排便コントロール | □自立 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助/不可能□自立 □部分介助/不可能□自立 □部分介助 □不能□自立 □部分介助 □全介助 | 車椅子とベッド間の移動トイレ動作歩行着替え排尿コントロール | □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助 |

|  |
| --- |
| 医療機関名指定医番号医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 （ ）医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　記載年月日：平成 年 月 日　　　　　　　※自筆または押印のこと |

・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。

（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。）

・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近６ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。

・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成27年５月13日健発0513第１号健康局長通知）を参照の上、

ご記入ください。

・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。