

271 強直性脊椎炎

■ 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.歩き回るのが問題はない 2.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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5cm以下)	1.あり 2.なし 3.不明
c) 胸廓拡張制限(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2.5cm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
附着部炎	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	一侧の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(頸椎 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
<input type="checkbox"/> 乾癬性関節炎 <input type="checkbox"/> 反応性関節炎 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患に伴う脊椎関節炎 <input type="checkbox"/> SAPHO 症候群（掌跖膿疱症性骨関節炎） <input type="checkbox"/> 線維筋痛症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> リウマチ性多発筋痛症 <input type="checkbox"/> 強直性脊椎骨増殖症 <input type="checkbox"/> 硬化性腸骨骨炎 <input type="checkbox"/> 変形性脊椎症 <input type="checkbox"/> 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）

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 疑い例：A. 臨床症状3項目
<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効	1.実施 2.未実施 3.不明
DMARDs（サラズスルファピリジン メトトレキサートなど）： <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効	1.実施 2.未実施 3.不明
ステロイド（全身投与）： <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効（局所投与）： <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 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）： <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 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	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 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。