

271 強直性脊椎炎

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

A. 臨床症状

a) 腰背部の疼痛・こわばり (3か月以上持続。運動により改善し、安静により改善しない)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
b) 腰椎可動域制限 (Schober 試験で5cm以下)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 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2.5cm以下)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
末梢関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 趾
付着部炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 踵部・アキレス腱 <input type="checkbox"/> 足底 <input type="checkbox"/> 坐骨結節 <input type="checkbox"/> 恥骨結合 <input type="checkbox"/> 大転子 <input type="checkbox"/> 棘突起 <input type="checkbox"/> 胸鎖関節 <input type="checkbox"/> その他
	*その他を選択の場合、以下に記入

関節外症状			
<input type="checkbox"/> 前部ぶどう膜炎（虹彩・毛様体炎）	<input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎
<input type="checkbox"/> 馬尾症候群	<input type="checkbox"/> 尿路結石	<input type="checkbox"/> その他	
*その他を選択の場合、以下に記入			

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

X線所見	
両側の2度以上の仙腸関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
一側の3度以上の仙腸関節炎所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
竹様脊椎 (bamboo spine)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
MRI 所見 (仙腸関節・脊椎椎体)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
HLA-B27	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
血液検査	CRP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	赤沈 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr
	測定日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

※新規の場合、最低、腰椎と仙腸関節のX線画像の添付を要す（仙腸関節の斜位像も撮影して確認することが望ましい）。
撮影されていればMRI画像も添付する。

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。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 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 (掌蹠膿疱症性骨関節炎)	<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 (びまん性特発性骨増殖症)
<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>

<input type="checkbox"/> Definite (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+ B. 検査所見の仙腸関節の X 線所見を満たす
<input type="checkbox"/> Possible 1 (疑い例) : A. 臨床症状 a)~c)の3項目を満たす
<input type="checkbox"/> Possible 2 (疑い例) : A. 臨床症状なし+B. 検査所見の仙腸関節の X 線所見を満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

※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

症状の概要、経過、特記すべき事項 (初発部位、病状経過、合併症、手術、軽症高額該当など)

*250 文字以内かつ7行以内

--

■ 治療内容と有効性

NSAIDs	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効		
DMARDs (サラゾスルファピリジン、 メトトレキサートなど)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効		
ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
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"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効		

■ 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	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
BASMI スコアが 5 以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
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	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
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	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・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です。）
- ・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か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26年11月12日健発1112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。