

## 054 成人スチル病

## ■ 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. 主要所見

診断日		
最近6か月以内の状況	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
診断時または最重症時	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
大項目		
1. 発熱の持続 (39℃以上かつ1週間以上)	最近6か月以内の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
2. 関節症状の持続 (2週間以上)	最近6か月以内の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 定型的皮膚発疹	最近6か月以内の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
4. 白血球増多 (10,000/μL以上かつ 好中球80%以上)	最近6か月以内の状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

小項目	
1. 咽頭痛	最近6か月以内の状況 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
2. リンパ節腫脹あるいは脾腫	最近6か月以内の状況 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 肝機能障害	最近6か月以内の状況 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	診断時または最重症時 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
4-1. リウマトイド因子	最近6か月以内の状況
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	データ
	基準値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	診断時または最重症時
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	データ
	基準値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
4-2. 抗核抗体	最近6か月以内の状況
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	データ
	基準値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
	診断時または最重症時
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	データ
	基準値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍

B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

好中球比率増加	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> %				
血清フェリチン値	最近6か月以内の状況				
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性				
	データ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL		
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL		
血清フェリチン値	診断時または最重症時				
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性				
	データ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL		
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL		
炎症反応	最近6か月以内の状況				
	<input type="checkbox"/> 1. ある <input type="checkbox"/> 2. ない				
	赤沈	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm/hr		
	血清CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL		
	診断時または最重症時				
	<input type="checkbox"/> 1. ある <input type="checkbox"/> 2. ない				
	赤沈	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm/hr		
	血清CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL		

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"/> 1. 感染症 (特に敗血症、伝染性単核球症)	<input type="checkbox"/> 2. 悪性腫瘍 (特に悪性リンパ腫)		
<input type="checkbox"/> 3. 膠原病 (特に結節性多発動脈炎、悪性関節リウマチ)			

<診断のカテゴリー>

Definite : A. 主要所見の大項目の2項目以上と、小項目の項目を含め5項目以上を満たし、C. の全疾病を除外可	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内

--

■ 重症度分類に関する事項

成人スチル病重症度基準	<input type="checkbox"/> 1. 重症 (3点以上)	<input type="checkbox"/> 2. 中等症 (2点)	<input type="checkbox"/> 3. 軽症 (1点以下)
漿膜炎	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有1	
DIC	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有2	
血球貪食症候群	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有2	
好中球比率増加 (85%以上)	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有1	
フェリチン高値 (3,000ng/mL以上)	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有1	
著明なリンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有1	
ステロイド治療抵抗性 (プレドニゾロン換算で0.4mg/kg以上で治療抵抗性の場合)	<input type="checkbox"/> 無0	<input type="checkbox"/> 有1	
スコア合計点	<input type="text"/> 点		

■ 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。