

## 071 特発性大腿骨頭壊死症

## ■ 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. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

X線所見（股関節単純X線の正面像及び側面像で判断する。関節裂隙の狭小化がないこと、臼蓋には異常所見がないことを要する）		
1. 骨頭圧潰 [crescent sign (骨頭軟骨下骨折線像)を含む]の有無	右	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	左	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
2. 骨頭内の帯状硬化像の形成の有無	右	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	左	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨シンチグラム		
3. 骨頭の cold in hot 像の有無	右	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし
	左	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし
MRI		
4. 骨頭内帯状低信号域 (T1 強調画像での、 骨髄組織の正常信号域を分界する像)の有無	右	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし
	左	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし

骨生検標本		
5. 修復反応層を伴う骨及び骨髄組織の壊死像の有無	右	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし
	左	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし
全身骨シンチによる大腿骨頭以外の骨壊死		
6. 全身骨シンチによる大腿骨頭以外の骨壊死の有無		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 検査なし
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 肩関節 <input type="checkbox"/> 2. 膝関節 <input type="checkbox"/> 3. 足関節 <input type="checkbox"/> 4. その他

**B. 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. 一過性大腿骨頭骨萎縮症 <input type="checkbox"/> 2. 急速破壊型股関節症 <input type="checkbox"/> 3. 大腿骨頭軟骨下脆弱性骨折 <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍及び腫瘍類似疾患 <input type="checkbox"/> 5. 骨端異形成症 <input type="checkbox"/> 6. 外傷（大腿骨頸部骨折、外傷性股関節脱臼） <input type="checkbox"/> 7. 大腿骨頭すべり症 <input type="checkbox"/> 8. 骨盤部放射線照射 <input type="checkbox"/> 9. 減圧症などに合併する大腿骨頭壊死 <input type="checkbox"/> 10. 小児に発生するペルテス病 <input type="checkbox"/> 11. 医薬品副作用被害救済制度で副作用認定されているもの	

<診断のカテゴリー>

Definite : A-1~5のうち、2項目以上を満たす	<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

■ 発症と経過

発症年月（未発症は空欄）	右	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	
	左	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	
生活歴											
飲酒歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし										
	頻度	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日/	単位	<input type="checkbox"/> 1. 週 <input type="checkbox"/> 2. 月 <input type="checkbox"/> 3. 年				
	1日平均日本酒に換算した酒量 注1)						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	合	
	年数						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	
	注1) アルコール量を日本酒1合に換算すると、ビール大瓶1本、ウイスキーダブル1杯、焼酎2/3合、ワイン1/3本										
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし										
	期間	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	1日平均本数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本	
経過											
ステロイド全身投与歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし										
その対象疾患 (最も重要なものを1つ)	<input type="checkbox"/> 1. SLE <input type="checkbox"/> 2. RA <input type="checkbox"/> 3. 多発性筋炎・皮膚筋炎 <input type="checkbox"/> 4. MCTD <input type="checkbox"/> 5. シェーグレン症候群 <input type="checkbox"/> 6. その他の膠原病 <input type="checkbox"/> 7. ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 8. 腎炎 <input type="checkbox"/> 9. 腎移植 <input type="checkbox"/> 10. 血小板減少性紫斑病 <input type="checkbox"/> 11. 再生不良性貧血 <input type="checkbox"/> 12. 肝炎 <input type="checkbox"/> 13. 喘息 <input type="checkbox"/> 14. 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 15. 眼疾患 <input type="checkbox"/> 16. その他										
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明										
上記疾患の確定診断の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明										
	確定診断の時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	
ステロイド投与期間	<input type="text"/>										
	1日最大投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日 注2)						
注2) 一日最大投与量（パルス療法は含まない） （プレドニゾン換算：プレドニン 1T (5mg) = メドロール 1T (4mg) = リンデロン 1T (0.5mg)）											

■ 治療その他

今回の治療法	
右股関節の治療法	<input type="checkbox"/> 1. 保存療法 <input type="checkbox"/> 2. 手術（過去6か月以内及び今後6か月以内）
	時期      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	手術の術式 <input type="checkbox"/> 1. 骨切り術 <input type="checkbox"/> 2. 骨移植術 <input type="checkbox"/> 3. 人工骨頭置換 <input type="checkbox"/> 4. 人工関節置換 <input type="checkbox"/> 5. 人工骨頭再置換 <input type="checkbox"/> 6. 人工関節再置換 <input type="checkbox"/> 7. その他
左股関節の治療法	
左股関節の治療法	<input type="checkbox"/> 1. 保存療法 <input type="checkbox"/> 2. 手術（過去6か月以内及び今後6か月以内）
	時期      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	手術の術式 <input type="checkbox"/> 1. 骨切り術 <input type="checkbox"/> 2. 骨移植術 <input type="checkbox"/> 3. 人工骨頭置換 <input type="checkbox"/> 4. 人工関節置換 <input type="checkbox"/> 5. 人工骨頭再置換 <input type="checkbox"/> 6. 人工関節再置換 <input type="checkbox"/> 7. その他

以前の治療法（更新）	
右股関節の治療法	<input type="checkbox"/> 1. 骨切り術・骨移植術あり <input type="checkbox"/> 2. 人工骨頭置換・人工関節置換あり <input type="checkbox"/> 3. いずれもなし
	骨切り術・骨移植術の種類 <input type="checkbox"/> 1. 骨切り術 <input type="checkbox"/> 2. 骨移植術 <input type="checkbox"/> 3. その他
	骨切り術の時期      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	骨移植術の時期      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	人工骨頭置換・人工関節置換の種類 <input type="checkbox"/> 1. 人工骨頭置換 <input type="checkbox"/> 2. 人工関節置換
	人工骨頭置換の時期      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	人工関節置換の時期      西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

左股関節の治療法	<input type="checkbox"/> 1. 骨切り術・骨移植術あり <input type="checkbox"/> 2. 人工骨頭置換・人工関節置換あり <input type="checkbox"/> 3. いずれもなし	
	骨切り術・骨移植術の種類	<input type="checkbox"/> 1. 骨切り術 <input type="checkbox"/> 2. 骨移植術 <input type="checkbox"/> 3. その他
	骨切り術の時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	骨移植術の時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	人工骨頭置換・人工関節置換の種類	<input type="checkbox"/> 1. 人工骨頭置換 <input type="checkbox"/> 2. 人工関節置換
	人工骨頭置換の時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	人工関節置換の時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 重症度分類に関する事項

病型分類		
特発性大腿骨頭壊死症の壊死域局在による病型分類	右	<input type="checkbox"/> 1. Type A <input type="checkbox"/> 2. Type B <input type="checkbox"/> 3. Type C-1 <input type="checkbox"/> 4. Type C-2 <input type="checkbox"/> 5. 正常
	左	<input type="checkbox"/> 1. Type A <input type="checkbox"/> 2. Type B <input type="checkbox"/> 3. Type C-1 <input type="checkbox"/> 4. Type C-2 <input type="checkbox"/> 5. 正常
病期分類		
特発性大腿骨頭壊死症の病期(Stage)分類	右	<input type="checkbox"/> 1. Stage 1 <input type="checkbox"/> 2. Stage 2 <input type="checkbox"/> 3. Stage 3A <input type="checkbox"/> 4. Stage 3B <input type="checkbox"/> 5. Stage 4 <input type="checkbox"/> 6. 正常
	左	<input type="checkbox"/> 1. Stage 1 <input type="checkbox"/> 2. Stage 2 <input type="checkbox"/> 3. Stage 3A <input type="checkbox"/> 4. Stage 3B <input type="checkbox"/> 5. Stage 4 <input type="checkbox"/> 6. 正常

日本整形外科学会股関節機能判定基準 (JOA Hip score)

疼痛	評価					
	1. 股関節に対する愁訴が全くない (40 点) 2. 不安定愁訴 (違和感、疲労感) があるが、痛みはない (35 点) 3. 歩行時痛みはない (ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある) (30 点) 4. 自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休憩で消退する (20 点) 5. 自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する (10 点) 6. 持続的に自発痛または夜間痛がある (0 点)					
点数	右:	<input type="text"/> <input type="text"/>	点	左:	<input type="text"/> <input type="text"/>	点
可動域	評価					
	屈曲: 関節角度を 10 度刻みとし、10 度毎に 1 点。ただし 120 度以上はすべて 12 点とする。 (屈曲拘縮のある場合にはこれを引き、可動域で評価)	右	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	度	<input type="text"/> <input type="text"/>	点
		左	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	度	<input type="text"/> <input type="text"/>	点
	外転: 関節角度を 10 度刻みとし、0 度以下を 0 点、1 度以上 10 度未満を 2 点、10 度以上 20 度未満を 4 点、20 度以上 30 度未満を 6 点、30 度以上は 8 点とする。	右	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	度	<input type="text"/> <input type="text"/>	点
		左	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	度	<input type="text"/> <input type="text"/>	点
合計点数	右:	<input type="text"/> <input type="text"/>	点	左:	<input type="text"/> <input type="text"/>	点
歩行能力	評価					
	1. 長距離歩行、速歩が可能。歩容は正常 (20 点) 2. 長距離歩行、速歩が可能であるが、跛行を伴うことがある (18 点) 3. 杖なしで、約 30 分または 2km 歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない (15 点) 4. 杖なしで、10~15 分程度、あるいは約 500m 歩行可能であるが、それ以上の場合 1 本杖が必要である。跛行がある (10 点) 5. 屋内活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では 2 本杖を必要とする (5 点) 6. ほとんど歩行不能 (0 点)					
点数	右:	<input type="text"/> <input type="text"/>	点	左:	<input type="text"/> <input type="text"/>	点

日常生活動作	腰掛け	<input type="checkbox"/> 1. 容易 (4点) <input type="checkbox"/> 2. 困難 (2点) <input type="checkbox"/> 3. 不可 (0点)
	立ち仕事 (家事を含む) (持続時間約 30 分。休憩を要する場合には困難とする。5 分くらいしかできない場合は不可とする)	<input type="checkbox"/> 1. 容易 (4点) <input type="checkbox"/> 2. 困難 (2点) <input type="checkbox"/> 3. 不可 (0点)
	しゃがみこみ・立ち上がり (支持が必要な場合は困難とする)	<input type="checkbox"/> 1. 容易 (4点) <input type="checkbox"/> 2. 困難 (2点) <input type="checkbox"/> 3. 不可 (0点)
	階段の昇り降り (手すりを要する場合は困難とする)	<input type="checkbox"/> 1. 容易 (4点) <input type="checkbox"/> 2. 困難 (2点) <input type="checkbox"/> 3. 不可 (0点)
	車、バスなどの乗り降り	<input type="checkbox"/> 1. 容易 (4点) <input type="checkbox"/> 2. 困難 (2点) <input type="checkbox"/> 3. 不可 (0点)
	合計点数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点
合計と判定	右合計	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点
	右判定	<input type="checkbox"/> 1. 優 (90 点以上) <input type="checkbox"/> 2. 良 (80 点以上 90 点未満) <input type="checkbox"/> 3. 可 (70 点以上 80 点未満) <input type="checkbox"/> 4. 不可 (70 点未満)
	左合計	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点
	左判定	<input type="checkbox"/> 1. 優 (90 点以上) <input type="checkbox"/> 2. 良 (80 点以上 90 点未満) <input type="checkbox"/> 3. 可 (70 点以上 80 点未満) <input type="checkbox"/> 4. 不可 (70 点未満)

■ 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。