

107 全身型若年性特発性関節炎

■ 行政記載欄

受給者番号	<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"/>							
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. 症状

弛張熱、発熱とともに生じる リウマトイド疹、関節炎を認めた（る）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
臨床症状の発作型	<input type="checkbox"/> 1. 遷延型	<input type="checkbox"/> 2. 再発性	<input type="checkbox"/> 3. 混合型
発作時の症状	38 度以上の発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	38 度未満の微熱	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	2週間以上続く弛張熱	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	不快感	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	気分障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	熱感・体温上昇と 運動しない悪寒	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

再発・混合型の 場合	発作時に一定の傾向	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 平均発作期間	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 時間	
	年間発作回数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回	
	発作パターン	<input type="checkbox"/> 1. 規則的 <input type="checkbox"/> 2. 不規則	
	季節性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	発熱時の悪寒	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	発作の誘因 (すべて記載)	<input type="checkbox"/> 1. 寒冷 <input type="checkbox"/> 2. 心身ストレス <input type="checkbox"/> 3. ワクチン <input type="checkbox"/> 4. 感染 <input type="checkbox"/> 5. 外傷 <input type="checkbox"/> 6. 食物 <input type="checkbox"/> 7. 月経 <input type="checkbox"/> 8. 疲労 <input type="checkbox"/> 9. 旅行 <input type="checkbox"/> 10. その他 その他の内容	
皮膚粘膜症状	<input type="checkbox"/> 1. アフタ性口内炎 <input type="checkbox"/> 2. 渗出性咽頭炎 <input type="checkbox"/> 3. 咽頭発赤 <input type="checkbox"/> 4. 斑状皮疹 <input type="checkbox"/> 5. 莖麻疹様皮疹 <input type="checkbox"/> 6. 遊走性紅斑 <input type="checkbox"/> 7. 浸潤を触れる紫斑 <input type="checkbox"/> 8. 丹毒様発赤 <input type="checkbox"/> 9. 毛囊炎様皮疹 <input type="checkbox"/> 10. 丘疹膿疱性皮疹 <input type="checkbox"/> 11. ざ瘡 <input type="checkbox"/> 12. 乾癬 <input type="checkbox"/> 13. 陰部潰瘍 <input type="checkbox"/> 14. 壊疽性膿皮症 <input type="checkbox"/> 15. 手蹠膿胞症 <input type="checkbox"/> 16. 結節性紅斑 <input type="checkbox"/> 17. 結節性紅斑以外のその他脂肪織炎 <input type="checkbox"/> 18. 魚鱗癬様皮疹 <input type="checkbox"/> 19. 針反応陽性 <input type="checkbox"/> 20. その他		
	その他の症状		
筋骨格症状	<input type="checkbox"/> 1. 関節痛 <input type="checkbox"/> 2. 単関節炎 <input type="checkbox"/> 3. 少関節炎 (<5) <input type="checkbox"/> 4. 多関節炎 (≥ 5) <input type="checkbox"/> 5. 腱鞘滑膜炎 <input type="checkbox"/> 6. 筋痛 <input type="checkbox"/> 7. 筋炎 <input type="checkbox"/> 8. 筋膜炎 <input type="checkbox"/> 9. 骨痛 <input type="checkbox"/> 10. 骨炎 <input type="checkbox"/> 11. 骨軟骨過形成 <input type="checkbox"/> 12. 骨幹端過形成 <input type="checkbox"/> 13. その他		
	その他の症状		

眼症状	<input type="checkbox"/> 1. 眼周囲浮腫 <input type="checkbox"/> 2. 眼痛 <input type="checkbox"/> 3. 結膜炎 <input type="checkbox"/> 4. 前部ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 5. 後部ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 6. 角膜炎 <input type="checkbox"/> 7. 強膜炎 <input type="checkbox"/> 8. 上強膜炎 <input type="checkbox"/> 9. 涙腺炎 <input type="checkbox"/> 10. 乳頭浮腫 <input type="checkbox"/> 11. 視神経萎縮 <input type="checkbox"/> 12. 網膜血管炎 <input type="checkbox"/> 13. その他	
	その他の症状	
消化器症状	<input type="checkbox"/> 1. 嘔吐 <input type="checkbox"/> 2. 腹痛 <input type="checkbox"/> 3. 便秘 <input type="checkbox"/> 4. 下痢 <input type="checkbox"/> 5. 消化管潰瘍 <input type="checkbox"/> 6. 肛門・肛門周囲膿瘍 <input type="checkbox"/> 7. 消化管出血 <input type="checkbox"/> 8. 無菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/> 9. その他	
	その他の症状	
リンパ組織病変	<input type="checkbox"/> 1. 全身リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 2. 頸部リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 3. 肝腫大 <input type="checkbox"/> 4. 脾腫大 <input type="checkbox"/> 5. 有痛性リンパ節病変 <input type="checkbox"/> 6. その他	
	*2 を選択の場合、以下に記入	
	頸部リンパ節腫大の部位	
	その他の症状	
心臓・血管症状	<input type="checkbox"/> 1. 胸痛 <input type="checkbox"/> 2. 咳血 <input type="checkbox"/> 3. 遷延性咳嗽 <input type="checkbox"/> 4. 肺炎 <input type="checkbox"/> 5. 心膜炎 <input type="checkbox"/> 6. 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 7. 静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 8. 動脈血栓症 <input type="checkbox"/> 9. その他	
	その他の症状	
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. 頭痛（早朝） <input type="checkbox"/> 2. 頭痛（随時） <input type="checkbox"/> 3. けいれん <input type="checkbox"/> 4. めまい <input type="checkbox"/> 5. 脳神経麻痺 <input type="checkbox"/> 6. 視神経炎 <input type="checkbox"/> 7. 無菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 8. 髄液細胞增多 <input type="checkbox"/> 9. その他	
	その他の症状	

性線・泌尿器病変	<input type="checkbox"/> 1. 尿道炎・膀胱炎 <input type="checkbox"/> 2. 性腺痛 <input type="checkbox"/> 3. その他			
	その他の症状			
合併症				
炎症性腸疾患	発症年月日	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		
	重症度	<input type="checkbox"/> 1. 軽度 <input type="checkbox"/> 2. 重度 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
マクロファージ活性化症候群	発症年月日	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		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査				
白血球	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値			
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μL		
好中球	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値			
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μL		
	左方移動	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
単球数	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値			
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μL		
血小板	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値			
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu\text{L}$		
CRP	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
赤沈	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr		
血清アミロイドA	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
	測定値	<input type="text"/> . <input type="text"/> $\mu\text{g/mL}$		

プロカルシトニン		<input type="checkbox"/> 1. 高値	<input type="checkbox"/> 2. 正常							
		測定値	□ □ . □ □	ng/mL						
AST	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				ALT	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				
	測定値	□ □ □ □ □	IU/L			測定値	□ □ □ □ □ IU/L			
LDH	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				ALP	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値				
	測定値	□ □ □ □ □	IU/L			測定値	□ □ □ □ □ IU/L			
CRE	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				BUN	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				
	測定値	□ □ . □ □	mg/dL			測定値	□ □ □ . □ mg/dL			
IL-6/ IL6R	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	測定値	□ □ . □	pg/mL							
血清 IgG	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常									
	測定値	□ □ □ □ □	mg/dL							
フェリチン値		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常								
		測定値	□ □ □ □ □	ng/mL						
抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性									
その他陽性 自己抗体										

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 非実施
□ 1. 検査遺伝子名	*1 を選択の場合、以下に記入	
□ 2. 疾患関連遺伝子		

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾患には☑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
<p><input type="checkbox"/> 1. 感染症</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> a. 急性感染症 <input type="checkbox"/> b. 菌血症・敗血症 <input type="checkbox"/> c. 伝染性単核球症 <input type="checkbox"/> d. 伝染性紅斑</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ウイルス性血球貪食症候群</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 炎症性腸疾患</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> a. クローン病 <input type="checkbox"/> b. 潰瘍性大腸炎</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 他のリウマチ性疾患</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> a. 血管炎症候群 <input type="checkbox"/> b. 全身性エリテマトーデ <input type="checkbox"/> c. 若年性皮膚筋炎</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 腫瘍性病変・悪性腫瘍</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> a. 白血病 <input type="checkbox"/> b. 筋線維芽腫症</p> <p><input type="checkbox"/> 6. 自己炎症性症候群</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> a. 新生児発症多臓器炎症性疾患 (NOMID 症候群)</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> b. 慢性炎症性神経皮膚関節症候群 (CINCA 症候群) <input type="checkbox"/> c. 高 IgD 症候群</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> d. 家族性地中海熱 <input type="checkbox"/> e. TNF 受容体関連周期性発熱症候群 (TRAPS)</p> <p style="margin-left: 2em;"><input type="checkbox"/> f. キャッスルマン病</p> <p><input type="checkbox"/> 7. 乾癬</p>	

<診断のカテゴリー>

2週間以上続く弛張熱を伴い、次の項目を1つ以上伴う関節炎で、 乾癬の罹患または家族歴がない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
<p><input type="checkbox"/> 典型的な紅斑 <input type="checkbox"/> 全身のリンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 肝腫大または脾腫大 <input type="checkbox"/> 療膜炎</p>	

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

経過			
乾癬の家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

■ 治療その他

薬物療法（使用経験のある薬剤）					
NSAID	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
ステロイド	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
コルヒチン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
スルファサラジン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
メトトレキサート	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
I型インターフェロン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
シクロフォスファマイド	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
アザチオプリン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
シクロスボリン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
サリドマイド	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
アナキンラ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化

カナキヌマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
インフリキシマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
エタネルセプト	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
アダリムマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
リロナセプト	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
トリリズマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
シメチジン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
スタチン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化

■ 重症度分類に関する事項

- 1. ステロイドの減量・中止が困難で、免疫抑制剤や生物学的製剤の使用が必要
- 2. マクロファージ活性化症候群を繰り返す
- 3. 難治性・進行性の関節炎を合併する
- 4. いずれにも該当しない

■ 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"/> 年 <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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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。