

臨床調査個人票 049. 全身性エリテマトーデス（新規）

■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 続柄		
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.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 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.いくらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 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		
連絡事項			

■臨床所見

全身症状			
発熱	38度以上の発熱が2週間以上継続 1.あり 2.なし 3.不明		
皮膚症状			
顔面紅斑	1.あり 2.なし 3.不明	円板状皮疹	1.あり 2.なし 3.不明
光線過敏症	1.あり 2.なし 3.不明	四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象	1.あり 2.なし 3.不明
脱毛	1.あり 2.なし 3.不明		
潰瘍	消化管潰瘍 1.あり 2.なし 3.不明 口腔内潰瘍または鼻粘膜潰瘍 1.あり 2.なし 3.不明		
筋骨格症状			
関節炎（非破壊性、2か所以上）	1.あり 2.なし 3.不明	筋肉痛（炎）	1.あり 2.なし 3.不明
筋力低下	1.あり 2.なし 3.不明		
心・循環器症状			
心膜炎（心嚢炎）	1.あり 2.なし 3.不明	肺高血圧症	1.あり 2.なし 3.不明
呼吸器症状			
間質性肺炎	1.あり 2.なし 3.不明	肺出血	1.あり 2.なし 3.不明
肺梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	胸膜炎	1.あり 2.なし 3.不明
腎・泌尿器症状			
急速進行性糸球体腎炎	1.あり 2.なし 3.不明	ネフローゼ症候群	1.あり 2.なし 3.不明
急性腎不全	1.あり 2.なし 3.不明	慢性腎不全	1.あり 2.なし 3.不明
精神・神経症状			
けいれん発作	1.あり 2.なし 3.不明	精神症状	1.あり 2.なし 3.不明
器質性脳障害	1.あり 2.なし 3.不明	脳神経障害	1.あり 2.なし 3.不明
多発単神経炎	1.あり 2.なし 3.不明	意識障害	1.あり 2.なし 3.不明
脳血管障害	1.あり 2.なし 3.不明	脊髄障害	1.あり 2.なし 3.不明
無菌性髄膜炎	1.あり 2.なし 3.不明	視力障害	1.あり 2.なし 3.不明
ループス頭痛	1.あり 2.なし 3.不明		
血液系症状			
溶血性貧血	1.あり 2.なし 3.不明		
血管系症状			
血管炎	1.あり 2.なし 3.不明		
その他			
その他			
合併症			
悪性腫瘍	1.あり 2.なし 3.不明	感染症	1.あり 2.なし 3.不明 診断名
糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明	高血圧	1.あり 2.なし 3.不明
心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	脳梗塞	1.あり 2.なし 3.不明
圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明		
骨壊死	1.あり 2.なし 3.不明	DIC	1.あり 2.なし 3.不明
自由記載			

■検査所見

尿検査			
定性：蛋白	1.あり 2.なし 3.不明	1日蛋白量	g/day
定性：潜血	1.あり 2.なし 3.不明	沈渣：赤血球	1.あり 2.なし 3.不明
沈渣：顆粒円柱	1.あり 2.なし 3.不明		
血尿	1.あり 2.なし 3.不明	膿尿	1.あり 2.なし 3.不明

血液検査			
白血球	/ μ L	Hb	g/dL
血小板	$\times 10^4 / \mu$ L	リンパ球数	/mm ³
CRP	mg/dL	クレアチニン	mg/dL
C ₃	mg/dL 正常値	mg/dL	
C ₄	mg/dL 正常値	mg/dL	
CH ₅₀	U/dL 正常値	U/dL	
抗核抗体	倍 型		
抗二本鎖DNA抗体価	IU/mL		
抗DNA抗体上昇	1.あり 2.なし 3.不明		
抗U1-RNP抗体	1.陽性 2.陰性	抗Sm抗体	1.陽性 2.陰性
抗SS-A抗体	1.陽性 2.陰性	抗SS-B抗体	1.陽性 2.陰性
血清梅毒反応(生物学的偽陽性)	1.あり 2.なし 3.不明	抗カルジオリピン抗体	1.陽性 2.陰性
抗CL β 2GPI抗体	1.陽性 2.陰性	ループスアンチコアグラント	1.陽性 2.陰性

病理組織検査			
実施有無	1.実施 2.未実施	腎生検所見	1.あり 2.なし 3.未実施 WHO分類 型

■鑑別診断

鑑別できるものにチェック	1.他の膠原病 2.薬剤性ループス 3.ウイルスを含む感染症 4.血液疾患 5.悪性腫瘍
--------------	--

■重症度

重症度	
SLEDAIスコア	点

■治療その他

薬物療法	
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明 プレドニゾロン換算最大量 mg/日 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
ステロイドパルス療法	1.あり 2.なし 3.不明 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明 薬剤名(自由記載) 最大投与量 mg/日 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
非ステロイド系抗炎症薬	1.あり 2.なし 3.不明 薬剤名 最大投与量 mg/日 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明 薬剤名 投与量 mg/日 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

アフェレーシス

血漿交換療法	1.あり 2.なし 3.不明 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
血液透析	1.あり 2.なし 3.不明 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

人工呼吸器(使用者のみ詳細記入)

使用の有無	1.あり 2.なし
以下 有の場合 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1.自立 2.部分介助 3.全介助 椅子とベッド間の移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 整容1.自立 2.部分介助 3.全介助 トイレ動作1.自立 2.部分介助 3.全介助 入浴1.自立 2.部分介助 3.全介助 移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 階段昇降1.自立 2.部分介助 3.全介助 更衣1.自立 2.部分介助 3.全介助 排便コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助 排尿コントロール1.自立 2.部分介助 3.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	

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。