

臨床調査個人票 053. シェーグレン症候群（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.歩き回るのが問題はない 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			

■診断と経過

診断	
病型	1.一次性(他の膠原病合併なし) 2.二次性 合併する膠原病 1.関節リウマチ 2.全身性エリテマトーデス 3.多発性筋炎 4.皮膚筋炎 5.混合性結合組織病 6.強皮症 7.血管炎 8.その他 その他の合併症

発症と経過

--

■臨床所見

合併症	
1.あり 2.なし 3.不明 1.橋本病 2.原発性胆汁性肝硬変 3.悪性リンパ腫 4.その他 その他の診断名	

■検査所見

生検病理組織検査			
口唇腺組織	4mm ² 当たり1focus(導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤) 1.以上 2.未満 3.未実施		
涙腺組織	4mm ² 当たり1focus(導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤) 1.以上 2.未満 3.未実施		
口腔検査			
唾液腺造影	Staget1(直径1mm未満の小点状陰影)以上の異常所見 1.あり 2.なし 3.未実施		
唾液分泌量低下	ガム試験にて10分間で10ml以下 1.あり 2.なし 3.未実施 サクソテストにて2分間で2g以下 1.あり 2.なし 3.未実施		
唾液腺シンチグラフィ	機能低下所見 1.あり 2.なし 3.未実施		
眼科検査			
シルマー試験	5分間に5mm以下 1.はい 2.いいえ 3.未実施		
ローズベンガル試験	スコア3以上 1.はい 2.いいえ 3.未実施		
蛍光色素(フルオレセイン)試験	1.陽性 2.陰性 3.未実施		
血液検査			
抗SS-A抗体	1.陽性 2.陰性 3.未実施	抗SS-B抗体	1.陽性 2.陰性 3.未実施
リウマトイド因子	1.陽性 2.陰性 3.未実施	抗核抗体	1.320倍以上 2.320倍未満 3.未実施
その他の検査			
便培養	1.実施 2.未実施 所見:		
遺伝子検査	1.実施 2.未実施 所見:		

■重症度

ESSDAIによる疾患活動性

評価実施年月日	西暦 年 月 日		
健康状態	1.無 2.低 3.中	リンパ節腫脹	1.無 2.低 3.中 4.高
腺症状	1.無 2.低 3.中	関節症状	1.無 2.低 3.中 4.高
皮膚症状	1.無 2.低 3.中 4.高	肺病変	1.無 2.低 3.中 4.高
腎病変	1.無 2.低 3.中 4.高	筋症状	1.無 2.低 3.中 4.高
末梢神経障害	1.無 2.低 3.中 4.高	中枢神経障害	1.無 2.低 3.高
血液障害	1.無 2.低 3.中 4.高	生物学的所見	1.無 2.低 3.中

■治療その他

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	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。 ※自筆または押印のこと
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。

Ver. 141107