

臨床調査個人票 054.成人スチル病（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			
■発症と経過			
発症と経過			
■臨床所見			
診断日			
最近6か月以内の状況	西暦	年	月 日 診断時または最重症時 西暦 年 月 日
大基準			
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 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
関節痛の持続(2週間以上)	最近6か月以内の状況 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
定型的皮疹	最近6か月以内の状況 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
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 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
小基準			
咽頭痛	最近6か月以内の状況 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
リンパ節腫脹 または 脾腫	最近6か月以内の状況 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
肝機能障害	最近6か月以内の状況 1.ある 2.ない		診断時または最重症時 1.ある 2.ない
リウマトイド因子	最近6か月以内の状況 1.陽性 2.陰性 データ 基準値()	データ 基準値()	診断時または最重症時 1.陽性 2.陰性
抗核抗体	最近6か月以内の状況 1.陽性 2.陰性 データ 基準値()	データ 基準値()	診断時または最重症時 1.陽性 2.陰性
その他の所見			
漿膜炎	1.あり 2.なし	リンパ節腫脹	1.あり 2.なし
播種性血管内凝固(DIC)	1.あり 2.なし	血球貪食症候群	1.あり 2.なし
ステロイド治療抵抗性 (プレドニン換算で 0.4mg/kg 以上のステロイドに治療抵抗性)	1.あり 2.なし		

■検査所見

臨床検査			
好中球比率増加 (85 %以上)	1.あり 2.なし	好中球比率	%
フェリチン高値 (3000 ng/ml以上)	1.あり 2.なし		ng/mL
参考項目			
血清フェリチン高値	最近6か月以内の状況1.ある 2.ない データ 基準値 ()	データ 基準値 ()	診断時または最重症時1.ある 2.ない
炎症反応	最近6か月以内の状況1.ある 2.ない 赤沈値 (/h) 血清CRP (mg/dL)	赤沈値 (/h) 血清CRP (mg/dL)	診断時または最重症時1.ある 2.ない

■鑑別診断

鑑別診断	
感染症	1.鑑別できる 2.鑑別できない
悪性腫瘍	1.鑑別できる 2.鑑別できない
リウマチ性疾患	1.鑑別できる 2.鑑別できない

■重症度

重症度	
成人スチル病重症度基準	1.重症 2.中等症 3.軽症

■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	<input type="text"/> 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。 ※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