

051 全身性強皮症

■ 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. 症状

診断年月	診断時または最重症時	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月								
皮膚症状																		
手指あるいは足趾を越える皮膚硬化		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
手指あるいは足趾に限局する皮膚硬化		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
手指尖端の陥凹性癬痕		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
指腹の萎縮		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
爪上皮内出血点		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
手指足趾潰瘍		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
潰瘍		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
皮膚硬化（スキンスコア）																		
手指	右	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	左	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3

手背	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
前腕	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
上腕	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
顔		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	前胸部	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
腹部		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3					
大腿	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
下腿	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
足背	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
心・循環器症状										
伝導異常		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
不整脈		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
呼吸苦		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
動悸		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
狭心痛		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
易疲労感		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
呼吸器症状										
両側性肺基底部の肺線維症		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	%VC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	
間質性肺炎		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	%VC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	
主要臓器障害										
強皮症腎クリーゼ		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
肺高血圧症		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
シェーグレン症候群		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
溶血性尿毒素症症候群		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 関連糸球体腎炎		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

尿検査	1日蛋白量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/日	
血液検査	血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	
	抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗 Scl-70 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗セントロメア抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗 U1-RNP 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	その他の自己抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
		自己抗体名		
胸部 HRCT 検査	両側下肺野の間質性陰影	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
心臓超音波検査		<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
病理組織検査	実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	皮膚病理所見 (前腕伸側)	<input type="checkbox"/> 1. 硬化あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	

C. 鑑別診断 (新規)

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. 限局性強皮症	<input type="checkbox"/> 2. 外傷による手指の循環障害		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1 : 以下の大基準を満たす					
<input type="checkbox"/> Definite 2 : 以下の小基準の1と2~4の1項目以上を満たす					
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない					
大基準：手指あるいは足趾を越える皮膚硬化 *限局性強皮症（いわゆるモルフィア）を除外する					
小基準	<input type="checkbox"/> 1. 手指あるいは足趾に限局する皮膚硬化 <input type="checkbox"/> 2. 手指尖端の陥凹性瘢痕、あるいは指腹の萎縮 <small>*手指の循環障害によるもので、外傷などによるものを除く</small> <input type="checkbox"/> 3. 両側性肺基底部の肺線維症 <input type="checkbox"/> 4. 次のいずれかの抗体が陽性 <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 抗 Scl-70 抗体</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 抗セントロメア抗体</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 抗 Scl-70 抗体	<input type="checkbox"/> 抗セントロメア抗体	<input type="checkbox"/> 抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体	
<input type="checkbox"/> 抗 Scl-70 抗体	<input type="checkbox"/> 抗セントロメア抗体				
<input type="checkbox"/> 抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体					

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（新規）

既往歴	
吸収不良症候群を伴う偽性腸閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

■ 治療その他

薬物療法	
局所薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	プレドニゾロン換算 最大量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名（自由記載） *50 文字以内かつ 3 行以内		
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
非ステロイド系 抗炎症薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名（自由記載） *50 文字以内かつ 3 行以内		
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
プロスタサイクリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
ACE 阻害剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名（自由記載） *50 文字以内かつ 3 行以内		
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
QOL			
在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
強皮症腎クリーゼに伴う透析	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
心伝導障害に伴うペースメーカー装着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
運動障害による車椅子生活 または起立不能	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
仮性腸閉塞及び摂食障害による在宅 IVH 療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		

■ 重症度分類に関する事項

重症度	
1. 皮膚	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
2. 肺	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
3. 心臓	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
4. 腎	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
5a. 上部消化管	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
5b. 下部消化管	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe

■ 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
診断年月日	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です。）
- ・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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。