

049 全身性エリテマトーデス

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	続柄						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし						
	<input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし						
	<input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しらない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite: Aを満たし、BとCの陽性項目の点数の合計が10点以上で、Bは経過中に1項目以上陽性化している場合	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. エントリー基準

抗核抗体 80 倍以上 (HEp-2 細胞を用いるか、同等の検査)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

B. 臨床所見 (陽性の所見を選択する)

全身症状	<input type="checkbox"/> 1) 38.3°Cをこえる発熱 (2点)
皮膚粘膜	<input type="checkbox"/> 1) 非瘢痕性脱毛 (2点) <input type="checkbox"/> 2) 口腔内潰瘍 (2点) <input type="checkbox"/> 3) 亜急性皮膚ループスや円板状ループス (4点) <input type="checkbox"/> 4) 急性皮膚ループス (蝶形紅斑や斑状丘疹状丘疹) (6点)
筋骨格	<input type="checkbox"/> 1) 関節症状(2個以上の滑膜炎もしくは関節圧痛と30分以上の朝のこわばり) (6点)
精神神経	<input type="checkbox"/> 1) せん妄 (2点) <input type="checkbox"/> 2) 精神障害 (3点) <input type="checkbox"/> 3) 痙攣 (5点)
漿膜	<input type="checkbox"/> 1) 胸水または心嚢液 (5点) <input type="checkbox"/> 2) 急性心外膜炎 (6点)
血液所見	<input type="checkbox"/> 1) 4,000/mm ³ 未満の白血球減少 (3点) <input type="checkbox"/> 2) 10万/mm ³ 未満の血小板減少 (4点) <input type="checkbox"/> 3) 自己免疫性溶血 (4点)
腎臓	<input type="checkbox"/> 1) 0.5g/日以上尿蛋白 (4点) <input type="checkbox"/> 2) 腎生検でクラスIIまたはVのループス腎炎 (8点) <input type="checkbox"/> 3) 腎生検でクラスIIIまたはIVのループス腎炎 (10点)

C. 免疫所見 (陽性の所見を選択する)

特異抗体	<input type="checkbox"/> 抗 dsDNA 抗体または抗 Sm 抗体 (6点)
補体	<input type="checkbox"/> 1. C3 または C4 の低下 (3点) <input type="checkbox"/> 2. C3 および C4 の低下 (4点)
抗リン脂質抗体	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体、抗β2GPI抗体またはループスアンチコアグラント (2点)

BとCの陽性項目の点数の合計	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 点 / 51
----------------	--

■ 重症度分類に関する事項

重症度判定日	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
<input type="checkbox"/> 1) 痙攣 (8点) <input type="checkbox"/> 2) 精神症状 (8点) <input type="checkbox"/> 3) 器質性脳障害 (8点) <input type="checkbox"/> 4) 視力低下 (8点) <input type="checkbox"/> 5) 脳神経障害 (8点) <input type="checkbox"/> 6) ループス頭痛 (8点) <input type="checkbox"/> 7) 脳血管障害 (8点) <input type="checkbox"/> 8) 血管炎 (8点) <input type="checkbox"/> 9) 関節炎 (4点) <input type="checkbox"/> 10) 筋炎 (4点) <input type="checkbox"/> 11) 尿円柱 (4点) <input type="checkbox"/> 12) 血尿 (4点) <input type="checkbox"/> 13) 蛋白尿 (4点) <input type="checkbox"/> 14) 膿尿 (4点) <input type="checkbox"/> 15) 新たな皮疹 (2点) <input type="checkbox"/> 16) 脱毛 (2点) <input type="checkbox"/> 17) 粘膜潰瘍 (2点) <input type="checkbox"/> 18) 胸膜炎 (2点) <input type="checkbox"/> 19) 心膜炎 (2点) <input type="checkbox"/> 20) 低補体血症 (2点) <input type="checkbox"/> 21) 抗DNA抗体上昇 (2点) <input type="checkbox"/> 22) 38度以上の発熱 (1点) <input type="checkbox"/> 23) 血小板減少 (10万/mm ³ 未満) (1点) <input type="checkbox"/> 24) 白血球減少 (3,000/mm ³ 未満) (1点)												
SLEDAI スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点											

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

補足的な所見

<input type="checkbox"/> 1. 慢性皮膚ループス（円板状皮疹以外）	<input type="checkbox"/> 2. 直接 Coombs 陽性（溶血性貧血なし）
<input type="checkbox"/> 3. 神経学的異常	
（他の原因によることを除外した次の病態：多発性単神経炎、脊髄炎、脳神経障害、急性錯乱状態）	
<input type="checkbox"/> 4. その他の自己抗体	
<input type="checkbox"/> a. 抗 RNP 抗体	<input type="checkbox"/> b. 抗 SS-A 抗体
	<input type="checkbox"/> c. 抗 SS-B 抗体
<input type="checkbox"/> 5. 光線過敏症	<input type="checkbox"/> 6. 鼻咽腔潰瘍
	<input type="checkbox"/> 7. 赤血球円柱

腎病理組織検査（全経過で最新の検査結果）

実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
検査年月日	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	
ループス腎炎所見	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
		<input type="checkbox"/> 3. 不明
ISN/RPS ループス腎炎組織分類 ※該当する全ての型をチェックする		
<input type="checkbox"/> I 型	<input type="checkbox"/> II 型	<input type="checkbox"/> III 型
<input type="checkbox"/> IV 型	<input type="checkbox"/> V 型	<input type="checkbox"/> VI 型

合併症

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
圧迫骨折	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
骨壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
播種性血管内凝固異常症（DIC）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

治療その他（最近1年間に実施した全ての治療）

*小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

薬物療法							
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						
ステロイドパルス療法	<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						
ヒドロキシクロロキン	<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						
ベリムマブ	<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						
アニフロルマブ	<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						
免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	投与薬剤 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. MMF</td> <td><input type="checkbox"/> 2. タクロリムス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. ミゾリビン</td> <td><input type="checkbox"/> 4. シクロホスファミド</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. メトトレキサート</td> <td><input type="checkbox"/> 6. その他</td> </tr> </table> *6を選択の場合、以下に記入	<input type="checkbox"/> 1. MMF	<input type="checkbox"/> 2. タクロリムス	<input type="checkbox"/> 3. ミゾリビン	<input type="checkbox"/> 4. シクロホスファミド	<input type="checkbox"/> 5. メトトレキサート	<input type="checkbox"/> 6. その他
	<input type="checkbox"/> 1. MMF	<input type="checkbox"/> 2. タクロリムス					
	<input type="checkbox"/> 3. ミゾリビン	<input type="checkbox"/> 4. シクロホスファミド					
<input type="checkbox"/> 5. メトトレキサート	<input type="checkbox"/> 6. その他						
その他 <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>							
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		
血漿交換療法	<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	
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療方法	
	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

■ 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"/>	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"/>											
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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	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	
公費負担者番号	<input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
受給者番号	<input type="text"/>			
有効期限	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	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 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