

053 シェーグレン症候群

■ 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		
	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			
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> 年 <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		
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 : 以下の1~4のうち、いずれか2項目が陽性	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. 生検病理組織検査の a または b が 1focus 以上を認める <input type="checkbox"/> 2. 口腔検査の a または b-1 かつ b-2 検査において陽性所見を認める <input type="checkbox"/> 3. 眼科検査の a と b または、a と c が陽性所見を認める <input type="checkbox"/> 4. 血清検査の a または b が陽性所見を認める		

A. 検査所見

1. 生検病理組織検査		
a. 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)	<input type="checkbox"/> 1. 以上 <input type="checkbox"/> 2. 未満 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b. 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)	<input type="checkbox"/> 1. 以上 <input type="checkbox"/> 2. 未満 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
2. 口腔検査		
a. 唾液腺造影	Stage I (直径 1mm 未満の小点状陰影) 以上の異常所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b-1. 唾液分泌量低下	ガム試験にて 10 分間で 10mL 以下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
	サクソステストにて 2 分間で 2g 以下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b-2. 唾液腺シンチグラフィ	機能低下所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
3. 眼科検査		
a. シルマー試験	5 分間に 5mm 以下	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b. ローゼンガル試験 (van Bijsterveld スコア) でスコア 3 以上		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
c. 蛍光色素 (フルオレセイン) 試験で陽性(角膜に染色あり)		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
4. 血清検査		
a. 抗 SS-A 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施	
b. 抗 SS-B 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施	

■ 重症度分類に関する事項

ESSDAI による重症度分類	
評価実施年月日	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
健康状態(係数 3)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中
リンパ節腫脹(係数 4)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
腺症状(係数 2)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中
関節症状(係数 2)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
皮膚症状(係数 3)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
肺病変(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
腎病変(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
筋症状(係数 6)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
末梢神経障害(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
中枢神経障害(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
血液障害(係数 2)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
生物学的所見(係数 1)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中
ESSDAI (合計点数)	<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

診断（新規）

病型	<input type="checkbox"/> 1. 一次性（他の膠原病合併なし） <input type="checkbox"/> 2. 二次性	
	合併する膠原病	<input type="checkbox"/> a. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> b. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> c. 多発性筋炎 <input type="checkbox"/> d. 皮膚筋炎 <input type="checkbox"/> e. 混合性結合組織病 <input type="checkbox"/> f. 強皮症 <input type="checkbox"/> g. 血管炎 <input type="checkbox"/> h. その他の合併症

症状（新規：診断時）

合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> a. 橋本病 <input type="checkbox"/> c. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> b. 原発性胆汁性胆管炎 <input type="checkbox"/> d. その他	

検査所見（新規：診断時）

血清検査			
リウマトイド因子	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1) 320 倍以上	<input type="checkbox"/> 2) 320 倍未満	<input type="checkbox"/> 3) 未実施
抗セントロメア抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施

■ 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			
	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"/> 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												
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ます。）
- ・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"/>			<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"/>
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"/>			<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"/>
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				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"/>