

# 臨床調査個人票 037. 膿疱性乾癬（汎発型）（新規）

## ■基本情報

<b>氏名</b>			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)

<b>住所</b>	
郵便番号	住所

<b>生年月日等</b>							
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)			

<b>家族歴</b>	
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:

<b>発病時の状況</b>			
発症年月	西暦	年	月

<b>社会保障</b>			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5

<b>生活状況</b>	
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

<b>連絡事項</b>	

## ■診断

<b>診断</b>	
疾患分類(膿疱性乾癬)	1.汎発性膿疱性乾癬 2.疱疹状膿疱疹 3.稽留性肢端皮膚炎の汎発化 4.その他 5.その他の内容

## ■発症と経過

<b>既往歴</b>	
先行した皮膚病変	1.あり 2.なし 1.尋常性乾癬 2.稽留性肢端皮膚炎 3.その他 内容:
経過中の皮膚病変	1.あり 2.なし 1.尋常性乾癬 2.稽留性肢端皮膚炎 3.その他 内容:

<b>経過</b>	
経過の状態	1.治癒 2.軽快 3.不変 4.徐々に悪化 5.急速に悪化 6.その他 7.その他の内容
再発回数	1.初回 2.再発 回数 回目
発症の誘因	1.感染症 2.妊娠 3.薬剤 4.その他 5.誘因なし 感染症の病名 薬剤名1.副腎皮質ステロイド 2.その他 3.その他の薬剤 4.その他・誘因の内容

<b>後遺症</b>	
1.あり 2.なし	後遺症の内容

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg

皮膚	
潮紅皮膚と膿疱	1.あり 2.なし 潮紅皮膚と膿疱の最も悪化時の状態1.あり 2.なし
紅斑	現在の状態1.体表面積の75%以上 2.体表面積の25%以上75%未満 3.体表面積の25%未満 4.なし 発症時または最も悪化時の状態1.体表面積の75%以上 2.体表面積の25%以上75%未満 3.体表面積の25%未満 4.なし
膿疱を伴う紅斑	現在の状態1.体表面積の50%以上 2.体表面積の10%以上50%未満 3.体表面積の10%未満 4.なし 発症時または最も悪化時の状態1.体表面積の50%以上 2.体表面積の10%以上50%未満 3.体表面積の10%未満 4.なし
浮腫	現在の状態1.体表面積の50%以上 2.体表面積の10%以上50%未満 3.体表面積の10%未満 4.なし 発症時または最も悪化時の状態1.体表面積の50%以上 2.体表面積の10%以上50%未満 3.体表面積の10%未満 4.なし
膿海	現在の状態1.あり 2.なし 膿海の部位 発症時または最も悪化時の状態1.あり 2.なし 膿海の部位
その他	粘膜疹 1.あり 2.なし 粘膜疹の部位 粘膜疹の発症時または最も悪化時の状態1.あり 2.なし 粘膜疹の部位

発熱	
現在の状態	1.38.5度以上 2.37度以上38.5度未満 3.37度未満
発症時または最も悪化時の状態	1.38.5度以上 2.37度以上38.5度未満 3.37度未満

全身倦怠感	
現在の状態	1.あり 2.なし
発症時または最も悪化時の状態	1.あり 2.なし

合併症	
合併症の有無	1.あり 2.なし 1.乾癬関連合併症あり 2.他の合併症あり 3.合併症なし 4.他の合併症の内容
乾癬関連合併症	1.関節炎 2.眼症状 3.病巣感染 4.その他 関節炎の部位 眼症状の病名 病巣感染の内容1.扁桃炎 2.歯牙感染 3.その他 4.その他の病巣感染の内容 上記3つ以外の乾癬関連合併症

検査所見	
病理組織学的診断項目	
検査年月日	西暦 年 月 日
皮膚組織	皮膚組織検査実施 1.実施 2.未実施 角層下好中球浸潤1.あり 2.なし 海綿様膿疱 (kogoj) 1.あり 2.なし 表皮肥厚1.あり 2.なし 不全角化1.あり 2.なし その他の所見

血液検査所見			
検査年月日	西暦 年 月 日		
赤血球	$\times 10^4 / \mu\text{L}$	白血球	$/ \mu\text{L}$
血小板	$\times 10^4 / \mu\text{L}$	血清アルブミン	g/dL
CRP	mg/dL	総蛋白	g/dL
免疫グロブリン	IgG mg/dL IgA mg/dL IgM mg/dL		
ASLO	1.高値 2.正常 3.未実施	赤沈	mmHg
リウマトイド因子	1.陽性 2.陰性 3.未実施	血清Ca	mg/dL

尿検査	
1.異常あり 2.異常なし	

肝機能検査	
1.異常あり 2.異常なし	

腎機能検査	
1.異常あり 2.異常なし	

遺伝子検査	
1.実施 2.未実施	
遺伝子検査 (患者)	1. IL36RN 遺伝子変異 2.その他 3.その他の内容
遺伝子検査 (両親)	1. IL36RN 遺伝子変異 2.その他 3.その他の内容

鑑別診断	
角層下膿疱症	1.除外できる 2.除外できない
膿疱型薬疹 (急性汎発性発疹性膿疱症を含む)	1.除外できる 2.除外できない
尋常性乾癬・掌蹠膿疱症の一過性膿疱化	1.除外できる 2.除外できない
掌蹠膿疱症	1.除外できる 2.除外できない
汎発化のない稽留性肢端皮膚炎	1.除外できる 2.除外できない

■重症度

膿疱性乾癬（汎発性）重症度スコア

皮膚症状の評価（0-9）	点
全身症状・検査所見の評価（0-8）	点
合計スコア	点
重症度	1. 軽症 2. 中等症 3. 重症

■治療その他

副腎皮質ステロイド

副腎皮質ステロイドの治療	1. 実施 2. 未実施	プレドニゾロン換算	mg/日	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	--------------	-----------	------	------	-------------------------

免疫抑制剤

シクロスポリンMEPC	1. 実施 2. 未実施	量	mg/kg/日	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
-------------	--------------	---	---------	------	-------------------------

内服治療その他

エトレチナート	1. 実施 2. 未実施	量	mg/日	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
メトトレキサート	1. 実施 2. 未実施	量	mg/週	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
その他	1. 実施 2. 未実施	内容	処方量	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明

生物学的製剤その他

インフリキシマブ	1. 実施 2. 未実施	量	mg/日	使用週	使用目的(複数回答可)1. 皮膚病変2. 関節炎3. その他	その他の内容
その他	1. 実施 2. 未実施	薬剤名	用量	用法	使用目的(複数回答可)1. 皮膚病変2. 関節炎3. その他	その他の内容

外用療法

副腎白質ステロイド外用	1. 実施 2. 未実施	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
活性ビタミンD3外用	1. 実施 2. 未実施	治療効果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明

光線療法

1. 実施 2. 未実施	種類1. PUVA 2. NB-UVB 3. その他	その他の内容	治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	----------------------------	--------	-----------------------------

その他

1. 実施 2. 未実施	内容	処方量	治療効果1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	----	-----	-----------------------------

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

医療機関所在地	指定医番号
医師の氏名	電話番号 ( )
	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。