

臨床調査個人票 050. 皮膚筋炎／多発性筋炎（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
出生市区町村	性別		
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		
連絡事項			

■診断

診断
1. 皮膚筋炎 2. 多発性筋炎 3. 無筋症性皮膚筋炎

■臨床所見

診断年月	
診断時または最重症時	西暦 年 月
全身症状	
発熱	38度以上の発熱が2週間以上継続 1.あり 2.なし 3.不明
皮膚症状	
ヘリオトロープ疹: 両側又は片側の眼瞼部の紫紅色浮腫性紅斑	1.あり 2.なし 3.不明
ゴットロン丘疹: 手指関節背面の丘疹	1.あり 2.なし 3.不明
ゴットロン徴候: 手指関節背面および四肢関節背面の紅斑	1.あり 2.なし 3.不明
活動性の皮疹がある	1.あり 2.なし 3.不明 皮膚筋炎に特徴的な丘疹1.あり 2.なし 3.不明 浮腫性あるいは角化性の紅斑1.あり 2.なし 3.不明 脂肪織炎(新生または増大する石灰沈着を含む) 1.あり 2.なし 3.不明
筋骨格症状	
骨破壊を伴わない関節炎または関節痛	1.あり 2.なし 3.不明
筋肉の自発痛又は把握痛	1.あり 2.なし 3.不明
上肢又は下肢近位筋の筋力低下	1.あり 2.なし 3.不明
体幹・四肢近位筋群にMMT4以下の筋がある	1.あり 2.なし 種 類1.頸部屈筋 2.三角筋 3.上腕二頭筋 4.上腕三頭筋 5.腸腰筋 6.大腿四頭筋 7.大腿屈筋群
体幹・四肢近位筋群の平均MMTが4+以下である	1.あり 2.なし
呼吸器症状	
間質性肺炎	1.あり 2.なし 3.不明 治療の必要性1.あり 2.なし 3.不明
合併症	
悪性腫瘍	1.あり 2.なし 3.不明 発症年 西暦 年 腫瘍名
心筋炎	1.あり 2.なし 3.不明 血球貪食症候群 1.あり 2.なし 3.不明

■検査所見

血液検査			
赤沈	mm/hr	CRP	mg/dL
クレアチンキナーゼ	IU/L	アルドラーゼ	IU/L
抗アミノアシルtRNA合成酵素抗体（抗Jo-1抗体を含む）陽性	1.あり 2.なし 3.不明		
筋電図			
筋炎を示す筋電図変化（随意収縮時の低振幅電位、安静時自発電位など）	1.あり 2.なし 3.不明		
筋生検			
筋炎の病理所見（筋線維の変性および細胞浸潤）	1.あり 2.なし 3.未実施		
皮膚生検			
皮膚生検の病理所見（皮膚筋炎に特徴的）（無筋症型皮膚筋炎の場合には、皮膚病理所見を提出）	1.あり 2.なし 3.未実施		

■鑑別診断

鑑別診断	
鑑別できるものにチェック	1.感染による筋炎 2.薬剤誘発性ミオパチー 3.内分泌異常に伴うミオパチー 4.筋ジストロフィーその他の先天性筋疾患 5.湿疹・皮膚炎群を含むその他の皮膚疾患

■重症度

重症度	
該当するものをチェック	1.原疾患に由来する筋力低下がある 体幹・四肢近位筋群（頸部屈筋、三角筋、上腕二頭筋、上腕三頭筋、腸腰筋、大腿四頭筋、大腿屈筋群）の徒手筋力テスト平均が ⁵ 段階評価で4+（10段階評価で9）以下 もしくは、同筋群のいずれか一つのMMT が ⁴ （10段階評価で8）以下 2.原疾患に由来するCK 値もしくはアルドラーゼ値上昇がある 3.活動性の皮疹（皮膚筋炎に特徴的な丘疹、浮腫性あるいは角化性の紅斑、脂肪織炎*が複数部位に認められるもの）がある *新生または増大する石灰沈着を含む 4.活動性の間質性肺炎を合併している（その治療中を含む）

■治療その他

薬物療法			
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プレドニゾロン換算最大量	mg/日
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明	薬剤名（自由記載）	最大投与量 mg/日
免疫グロブリン大量療法	1.あり 2.なし		
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明	薬剤名	投与量 mg/日

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	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。