

## 34 混合性結合組織病 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな 氏名		性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号	電話 ( )		出生 都道府県	発病時在住 都道府県	
発病年月	1. 昭和 年 月 (満 歳) 2. 平成	初診年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成	保険種別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老	
身体障害者 手帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介護認定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし		
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ( _____ )) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)					
受診状況 (最近 6 か月)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 ( ___ / 月 ) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ( _____ )					
発症と経過 (具体的に記述)						
【WISH入力不要】						
家族歴	膠原病の発症者 1. あり (病名: _____, 続柄: _____) (病名: _____, 続柄: _____) 2. なし 3. 不明					
初発症状	①レイノー症状 (1. あり 2. なし) ②関節痛 (1. あり 2. なし) ③紅斑 (1. あり 2. なし) ④発熱 (1. あり 2. なし) ⑤その他 (1. あり ( _____ ) 2. なし)					
臨床症状・検査所見						
レイノー現象	1. あり 2. なし 3. 不明	手指に局限した皮膚硬化	1. あり 2. なし 3. 不明			
手指ないし手背の腫脹	1. あり 2. なし 3. 不明	肺線維症	1. あり 2. なし 3. 不明			
抗u1-RNP抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明	拘束性換気障害 (%VC80%以下)	1. あり 2. なし 3. 不明			
多発関節炎	1. あり 2. なし 3. 不明	肺拡散能低下 (DLco70%以下)	1. あり 2. なし 3. 不明			
リンパ節腫脹	1. あり 2. なし 3. 不明	食道蠕動低下又は拡張	1. あり 2. なし 3. 不明			
顔面紅斑	1. あり 2. なし 3. 不明	筋力低下	1. あり 2. なし 3. 不明			
心膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明	筋原性酵素(CK等)上昇	1. あり 2. なし 3. 不明			
胸膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明	筋電図上の筋原性異常所見	1. あり 2. なし 3. 不明			
白血球減少症 (4,000/mm <sup>3</sup> 以下)	1. あり 2. なし 3. 不明					
血小板減少症 (10万/mm <sup>3</sup> 以下)	1. あり 2. なし 3. 不明					
肺高血圧症 (疑診も含む)	1. あり 2. なし 3. 不明	持続性蛋白尿 (0.5g/日超)	1. あり 2. なし 3. 不明			
中枢神経症状	1. あり 2. なし 3. 不明	抗DNA抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明			
関節背面の紅斑又は上眼瞼浮腫性紅斑	1. あり 2. なし 3. 不明	抗Sm抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明			
近位部の皮膚硬化	1. あり 2. なし 3. 不明	抗トポイソメラーゼ I 抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明			
		抗Jo-1抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明			
合併症	1. シェーグレン症候群 2. 慢性甲状腺炎 3. その他 ( _____ )					
他診断基準の満足度	1. SLE 2. 強皮症 3. 皮膚筋炎/多発性筋炎 4. 関節リウマチ 5. その他 ( _____ )					
治療状況	現在の治療状況 (今後6か月の予定の治療も含む)				治療効果	
①副腎皮質ステロイド	1. あり (プレドニゾロン換算最大量 _____ mg/日)		2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
②ステロイド・パルス療法	1. あり 2. なし			1. あり 2. なし 3. 不明		
③免疫抑制剤	1. あり (薬品名 _____ 最大投与量 _____ )		2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
④循環改善薬	1. あり (薬品名 _____ 最大投与量 _____ )		2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
⑤その他	1. あり (薬剤名 _____ )		2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
医療上の問題点						
【WISH入力不要】						
医療機関名						
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						
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)						
症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日						
特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日						

## 34 混合性結合組織病 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日生 (満 歳)
氏名	郵便番号		電話 ( )		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県	
住 所	1.昭和 2.平成 年 月 (満 歳)		初診年月日	1.昭和 2.平成 年 月 日	保 険 種 別	1.政 2.組 3.船 4.共 5.国 6.老	
発病年月	1.あり (等級____級) 2.なし		介 護 認 定	1.要介護 (要介護度____) 2.要支援 3.なし			
身体障害者 手 帳	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 (____))		日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)		初回認定年月 1.昭和 年 月 2.平成		
生活状況	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他( )						
受診状況 (最近1年)							
治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)							
【WISH入力不要】							
前回申請からの経過	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( )						
臨床症状及び検査所見 (最近1年以内)							
肺高血圧症 (確診)	1.あり 2.なし 3.不明		逆流性食道炎		1.あり 2.なし 3.不明		
肺高血圧症 (疑い)	1.あり 2.なし 3.不明		筋力低下		1.あり 2.なし 3.不明		
肺線維症	1.あり 2.なし 3.不明		心膜炎・胸膜炎		1.あり 2.なし 3.不明		
活動性多発性関節炎	1.あり 2.なし 3.不明		血小板減少症 (10万/mm <sup>3</sup> 以下)		1.あり 2.なし 3.不明		
持続性蛋白尿 (0.5g/日超)	1.あり 2.なし 3.不明						
合 併 症	1.シェーグレン症候群 2.慢性甲状腺炎 3.その他 ( )						
他診断基準の満足度	1. S L E 2.強皮症 3.皮膚筋炎/多発性筋炎 4.関節リウマチ 5.その他 ( )						
治療 (最近1年以内の状況)					治療効果		
①副腎皮質ステロイド	1.あり (プレドニゾロン換算最大量 mg/日) 2.なし				1.あり 2.なし 3.不明		
②ステロイド・パルス療法	1.あり 2.なし				1.あり 2.なし 3.不明		
③免疫抑制剤	1.あり (薬品名 最大投与量 ) 2.なし				1.あり 2.なし 3.不明		
④循環改善薬	1.あり (薬品名 最大投与量 ) 2.なし				1.あり 2.なし 3.不明		
⑤その他	DMARD (1.あり 2.なし) NSAID (1.あり 2.なし)				1.あり 2.なし 3.不明		
医療上の問題点							
【WISH入力不要】							
医療機関名							
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							