

4 全身性エリテマトーデス 臨床調査個人票

(1. 新規)

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								
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)							
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) ありの場合 (続柄) 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】								
臨 床 症 状								
皮膚・ 粘膜 症状	①顔面紅斑	1. あり 2. なし	⑤脱毛	1. あり 2. なし				
	②円板状皮疹	1. あり 2. なし	⑥レイノー現象	1. あり 2. なし				
	③光線過敏症	1. あり 2. なし	⑦消化管潰瘍	1. あり 2. なし				
	④口腔内鼻粘膜内無痛性潰瘍	1. あり 2. なし	⑧その他	1. あり () 2. なし	(①②が有的是場合は写真又は病理所見を添付すること)			
精神・ 神経 症状	①けいれん発作	1. あり 2. なし	⑥意識障害	1. あり 2. なし				
	②精神症状	1. あり () 2. なし	⑦脳血管障害	1. あり 2. なし				
	③器質性脳症候群	1. あり () 2. なし	⑧脊髄障害	1. あり 2. なし				
	④脳神経症状	1. あり () 2. なし	⑨無菌性髄膜炎	1. あり 2. なし				
	⑤多発性単神経炎	1. あり 2. なし	⑩その他	1. あり () 2. なし				
関節・ 筋肉 症状	①非破壊性の関節炎 (2か所以上)	1. あり 2. なし						
	②筋痛	1. あり 2. なし						
	③筋力低下	1. あり 2. なし						
心・肺 症状	①胸膜炎	1. あり 2. なし	⑤肺梗塞	1. あり 2. なし				
	②心膜炎	1. あり 2. なし	⑥肺出血	1. あり 2. なし				
	③間質性肺炎	1. あり 2. なし	⑦その他	1. あり () 2. なし				
	④肺高血圧症	1. あり 2. なし						
腎症状	①急速進行性腎炎	1. あり 2. なし						
	②急性腎不全	1. あり 2. なし						
	③慢性腎不全	1. あり 2. なし						
	④ネフローゼ症候群	1. あり 2. なし						
	⑤腎生検所見	1. あり WHO () 型	2. なし	3. 未検				
	(病理組織の写真又は病理医のレポートのコピーを添付すること)							
	⑥その他症状	1. あり ()	2. なし					
検 査 所 見 最近 6 か月以内の検査を記入のこと								
白血球数	() /mm ³	C ₄ 値	() [正常値]					
リンパ球数	() /mm ³	CRP値	()					
ヘモグロビン	() g/dl	抗核抗体	() 倍 () 型					
溶血性貧血	1. あり 2. なし 3. 不明	抗二本鎖DNA抗体価	() [正常値]					
血小板数	() ×10 ⁴ /mm ³	抗Sm抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明					
尿タンパク	() g/日	抗U1-RNP抗体陽性	1. あり 2. なし 3. 不明					
赤血球尿	1. あり 2. なし 3. 不明	抗SS-A抗体	1. あり 2. なし 3. 不明					
顆粒円柱	1. あり 2. なし 3. 不明	抗SS-B抗体	1. あり 2. なし 3. 不明					
血清Cr値	() mg/dl	抗カルジオリピン抗体	1. あり 2. なし 3. 不明					
CH ₅₀ 値	() [正常値]	ループス抗凝固因子	1. あり 2. なし 3. 不明					
C ₃ 値	() [正常値]	血清梅毒反応偽陽性	1. あり 2. なし 3. 不明					

鑑別診断（以下の疾患が鑑別できること）						
①他の膠原病	1. できる	2. できない				
②薬剤性ループス	1. できる	2. できない				
③ウイルスを含む感染症	1. できる	2. できない				
④血液疾患	1. できる	2. できない				
⑤悪性腫瘍	1. できる	2. できない				
⑥その他（	）	1. できる	2. できない			
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非ステロイド系抗炎症薬	1. あり（種類	最大投与量	mg/日）	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
③免疫抑制剤	1. あり（種類	最大投与量	mg/日）	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明	
④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		
⑤血漿交換療法	1. あり（期間	）	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
⑥血液透析	1. あり（期間	）	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
⑦その他	1. あり（	）	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明		
合併症						
①感染症	1. あり（	）	2. なし 3. 不明	⑦心筋梗塞	1. あり	2. なし 3. 不明
②消化管潰瘍	1. あり	2. なし 3. 不明	⑧脳梗塞	1. あり	2. なし 3. 不明	
③糖尿病	1. あり	2. なし 3. 不明	⑨悪性腫瘍	1. あり	2. なし 3. 不明	
④高血圧症	1. あり	2. なし 3. 不明	⑩DIC	1. あり	2. なし 3. 不明	
⑤圧迫骨折	1. あり	2. なし 3. 不明	⑪その他	1. あり（	）	2. なし 3. 不明
⑥骨壊死	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						

4 全身性エリテマトーデス 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								
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 (____))						初回認定年月	
	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)						1. 昭和 年 月 2. 平成	
受診状況 (最近1年)	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 ()							
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】								
臨 床 症 状								
	最近1年間の所見			全経過中の所見				
①顔面紅斑	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
②円板状皮疹症	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
③光線過敏症	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
④口腔内鼻粘膜内無痛性潰瘍	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
⑤非破壊性の関節炎 (2か所以上)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
⑥漿膜炎 (胸膜炎又は心膜炎)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
⑦腎病変 (0.5g/日以上持続性タンパク尿 又は細胞性円柱の出現)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
腎生検 (検査: 昭和・平成 年 月 日)	WHO () 型			WHO () 型				
⑧神経病変 (けいれん発作又は神経障害)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
⑨血液学的異常								
a. 溶血性貧血	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
b. 白血球減少 (4,000/mm ³ 以下)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
c. リンパ球減少 (1,500/mm ³ 以下)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
d. 血小板減少 (10万/mm ³ 以下)	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
⑩免疫学的異常								
a. 抗二本鎖DNA抗体価高値	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
b. 抗Sm抗体陽性	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
c. 抗カルジオリピン抗体	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
d. ループス抗凝固因子	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		
e. 血清梅毒反応偽陽性	1. あり	2. なし	3. 不明	1. あり	2. なし	3. 不明		

治療状況						
	最近1年間の状況			全経過を通じて		
			治療効果			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	2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (プレドニゾロン 換算最大量	2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明
②免疫抑制剤	1.あり (種類 (最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (種類 (最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明
③非ステロイド系 抗炎症薬	1.あり (種類 最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (種類 最大投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明
④血漿交換療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
⑤血液透析	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
⑥その他の薬剤	1.あり (薬剤名 投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (薬剤名 投与量	) 2.なし mg/日)	1.あり 2.なし 3.不明

合併症

	最近1年間の状況			全経過を通じて		
①感染症	1.あり ()	2.なし	3.不明	1.あり ()	2.なし	3.不明
②消化管潰瘍	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
③糖尿病	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
④高血圧症	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑤圧迫骨折	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑥骨壊死	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑦心筋梗塞	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑧脳梗塞	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑨悪性腫瘍	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑩DIC	1.あり	2.なし	3.不明	1.あり	2.なし	3.不明
⑪その他	1.あり ()	2.なし	3.不明	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