# 9-2　皮膚筋炎及び多発性筋炎　臨床調査個人票　　（1.新規）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | | 性別 | 1.男<br>2.女 | 生年月日 | 1.明治 2.大正<br>3.昭和 4.平成　年　月　日生<br>（満　歳） |
| 住所 | 郵便番号<br>電話　（　） | 出生都道府県 | | 発病時在住都道府県 | |
| 発病年月 | 1.昭和<br>2.平成　年　月（満　歳） | 初診年月日 | 1.昭和<br>2.平成　年　月　日 | 保険種別 | 1.政　2.組　3.船<br>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（＿＿））<br>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<br>ありの場合（続柄　） | 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）<br>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（診断時又は最重症時：平成　年　月　日）

| | |
|---|---|
| 1. 皮膚症状 | （ありの場合は写真又は病理診断のコピーを添付すること） |
| a.ヘリオトロープ疹 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| b.ゴットロン徴候 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| c.四肢伸側の紅斑 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 2. 上肢又は下肢近位筋の筋力低下 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 3. 筋肉の自発痛又は把握痛 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 4. 血清中筋原性酵素の上昇 | 1.あり　クレアチンキナーゼ（　）　2.なし　3.不明<br>アルドラーゼ（　） |
| 5. 筋電図の筋原性変化 | （ありの場合は筋電図のコピーを添付すること）<br>1.あり　2.なし　3.不明 |
| 6. 骨破壊を伴わない関節炎 又は関節痛 | 1.あり（具体的に　）　2.なし　3.不明 |
| 7. 全身性炎症所見 | |
| a. 発熱 | 1.あり（期間：昭和・平成　年　月～平成　年　月）　2.なし　3.不明 |
| b. CRP 上昇 | 1.あり（CRP ：　）　2.なし |
| c. 赤沈亢進 | 1.あり（赤沈：　mm/h）　2.なし |
| 8. 抗Jo-1 抗体陽性 | 1.陽性（力価：　）　2.陰性　3.不明 |
| 9. 筋生検で筋炎の病理所見 | （ありの場合は病理組織の写真又は病理診断のコピーを添付すること） |
| （筋線維の変性及び細胞浸潤） | 1.あり　2.なし　3.未検 |
| 10. 間質性肺炎 | 1.あり　2.なし |

鑑別診断（以下の疾患が鑑別できること）

| | |
|---|---|
| ①感染による筋炎 | 1.できる　2.できない |
| ②薬剤誘発性ミオパチー | 1.できる　2.できない |
| ③内分泌異常に伴うミオパチー | 1.できる　2.できない |
| ④筋ジストロフィーその他の先天性筋疾患 | 1.できる　2.できない |
| ⑤その他（　） | 1.できる　2.できない |

| 現 在 の 治 療 状 況　（今後６ヶ月間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　2.なし<br>（プレドニゾロン換算最大量　mg／日） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ②非ステロイド系抗炎症薬 | 1.あり　2.なし<br>（種類　最大投与量　mg／日・週） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ③免疫抑制剤 | 1.あり　2.なし<br>（種類　最大投与量　mg／日・週） | 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　2.なし<br>（期間　昭和・平成　年　月～昭和・平成　年　月） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ⑥その他の薬剤 | 1.あり　2.なし<br>（薬剤名　投与量　mg／日・週） | 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 |
| （具体的に　） | | | | ⑧脳梗塞 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ②消化管潰瘍 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | ⑨悪性腫瘍 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ③糖尿病 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | ⑩ＤＩＣ | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ④高血圧症 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | ⑪その他 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ⑤圧迫骨折 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | （具体的に　） | | | |
| 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

# 9-2　皮膚筋炎及び多発性筋炎　臨床調査個人票　　（2.更新）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | | 性別 | 1.男<br>2.女 | 生年<br>月日 | 1.明治 2.大正<br>3.昭和 4.平成 | 年　月　日生<br>（満　歳） | |
| 住所 | 郵便番号<br>電話　（　） | | | 出生<br>都道府県 | | 発病時在住<br>都道府県 | |
| 発病年月 | 1.昭和<br>2.平成　年　月（満　歳） | 初診年月日 | 1.昭和<br>2.平成　年　月　日 | 保険種別 | 1.政　2.組　3.船<br>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（＿＿））<br>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<br>1.昭和　年<br>2.平成　月 | |
| 受診状況<br>(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年以内の状況：平成　年　月）

| | |
|---|---|
| 1. 皮膚症状 | （前回申請後に新たに出現の場合は写真又は病理診断のコピーを添付すること） |
| a.ヘリオトロープ疹 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| b.ゴットロン徴候 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| c.四肢伸側の紅斑 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 2. 上肢又は下肢近位筋の筋力低下 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 3. 筋肉の自発痛又は把握痛 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 4. 血清中筋原性酵素の上昇 | 1.あり　クレアチンキナーゼ（　）　2.なし　3.不明<br>アルドラーゼ（　） |
| 5. 筋電図の筋原性変化 | （前回申請後に新たに実施の場合は筋電図のコピーを添付すること）<br>1.あり　2.なし　3.不明 |
| 6. 骨破壊を伴わない関節炎 又は関節痛 | 1.あり（具体的に　）　2.なし　3.不明 |
| 7. 全身性炎症所見 | |
| a. 発熱 | 1.あり（期間：昭和・平成　年　月～平成　年　月）　2.なし　3.不明 |
| b. CRP 上昇 | 1.あり（CRP　：　）　2.なし |
| c. 赤沈亢進 | 1.あり（赤沈：　mm/h）　2.なし |
| 8. 抗Jo-1 抗体陽性 | 1.陽性（力価：　）　2.陰性　3.不明 |
| 9. 筋生検で筋炎の病理所見 | （前回申請後に新たに実施の場合は病理組織の写真又は病理診断のコピーを添付すること） |
| （筋線維の変性及び細胞浸潤） | 1.あり　2.なし　3.未検 |
| 10. 間質性肺炎 | 1.あり　2.なし |

| 治 療 状 況　（最近１年間の状況） | | 治療効果 |
|---|---|---|
| ①副腎皮質ステロイド | 1.あり　2.なし<br>（プレドニゾロン換算最大量　mg／日） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ②非ステロイド系抗炎症薬 | 1.あり　2.なし<br>（種類　最大投与量　mg／日・週） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ③免疫抑制剤 | 1.あり　2.なし<br>（種類　最大投与量　mg／日・週） | 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　2.なし<br>（期間　平成　年　月～平成　年　月） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ⑥その他の薬剤 | 1.あり　2.なし<br>（薬剤名　投与量　mg／日・週） | 1.あり　2.なし　3.不明 |

| 治 療 状 況　（全経過を通じて） | | 治療効果 |
|---|---|---|
| ①副腎皮質ステロイド | 1.あり　2.なし<br>（プレドニゾロン換算最大量　mg／日） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ②非ステロイド系抗炎症薬 | 1.あり　2.なし<br>（種類　最大投与量　mg／日・週） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ③免疫抑制剤 | 1.あり　2.なし<br>（種類　最大投与量　mg／日・週） | 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　2.なし<br>（期間　昭和・平成　年　月～昭和・平成　年　月） | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| ⑥その他の薬剤 | 1.あり　2.なし<br>（薬剤名　投与量　mg／日・週） | 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 |
| （具体的に　） | | | | ⑧脳梗塞 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ②消化管潰瘍 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | ⑨悪性腫瘍 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ③糖尿病 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | ⑩ＤＩＣ | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ④高血圧症 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | ⑪その他 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 |
| ⑤圧迫骨折 | 1.あり | 2.なし | 3.不明 | （具体的に　） | | | |
| 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