

33 特発性大腿骨頭壊死症 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	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 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		
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 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)							
生 活 状 況	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) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)				
家 族 歴	ありの場合 (続柄)							

発症と経過 (具体的に記述)

【WISH入力不要】

	右	左	注 解	
診 断 時 所 見	X線所見: ① 骨頭圧潰 [crescent sign (骨頭軟骨下骨折線像)を含む]	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	・ 股関節の単純X線写真の正面像及び側面像より判定する。 ・ ①及び②のX線所見については、Stage 4 (変形性関節症に進行した時期)を除いて関節裂隙の狭小化がないこと、白蓋には異常所見がないことを要する。
	② 骨頭内の帯状硬化像の形成	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	
	③ 骨シンチグラム: 骨頭の cold in hot 像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	
	④ MRI: 骨頭内帯状低信号像 (T1強調像)	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	・ T1強調画像でのいずれかの断面で、骨髄組織の正常信号域を分界する画像
	⑤ 骨生検標本: 修復反応層を伴う骨壊死像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	・ 連続した切片標本内に骨及び骨髄組織の壊死が存在し、健常域との界面に線維性組織や添加骨形成などの修復反応を認める像
(注) 診断の判定: 上記①~⑤の項目のうち、2つ以上を満たせば確定診断とする。				
病型分類	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	判定できれば記入のこと	
病期分類	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 正常	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 正常	判定できれば記入のこと	

除 外 診 断	以下の疾患は除外する。	1. 除外できる 2. 除外できない
	① 腫瘍及び腫瘍類似疾患 ② 骨端異形成症 ③ 外傷 (大腿骨頸部骨折, 外傷性股関節脱臼) ④ 大腿骨頭すべり症 ⑤ 骨盤部放射線照射 ⑥ 減圧症などに合併する大腿骨頭壊死 ⑦ 小児に発生するペルテス病	1. 除外できる 2. 除外できない 1. 除外できる 2. 除外できない 1. 除外できる 2. 除外できない 1. 除外できる 2. 除外できない 1. 除外できる 2. 除外できない 1. 除外できる 2. 除外できない
鑑 別 診 断	以下の疾患が鑑別できること	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない
	① 一過性大腿骨頭骨萎縮症 ② 急速破壊型股関節症 ③ 骨腫瘍 ④ 骨系統疾患 ⑤ 脊椎骨端骨幹端異形成症 (spondyloepimetaphyseal dyplasia)	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない

全身骨シンチによる 大腿骨頭以外の骨壊死		1.あり (部位:1.肩関節 2.膝関節 3.足関節 4.その他()) 2.なし 3.検査なし			
治 療		右		左	
	治療法	1.保存療法 2.手術(過去6か月以内及び今後6か月以内) (平成 年 月)		1.保存療法 2.手術(過去6か月以内及び今後6か月以内) (平成 年 月)	
	今回の手術術式	1.骨切り術 2.骨移植術 3.人工骨頭置換 4.人工関節置換 5.人工骨頭再置換 6.人工関節再置換 7.その他()		1.骨切り術 2.骨移植術 3.人工骨頭置換 4.人工関節置換 5.人工骨頭再置換 6.人工関節再置換 7.その他()	
	以前の治療	1.骨切り術・骨移植術あり 1.骨切り術(昭和・平成 年 月) 2.骨移植術(昭和・平成 年 月) 3.その他 2.人工骨頭置換・人工関節置換あり 1.人工骨頭置換(昭和・平成 年 月) 2.人工関節置換(昭和・平成 年 月) 3.いずれもなし		1.骨切り術・骨移植術あり 1.骨切り術(昭和・平成 年 月) 2.骨移植術(昭和・平成 年 月) 3.その他 2.人工骨頭置換・人工関節置換あり 1.人工骨頭置換(昭和・平成 年 月) 2.人工関節置換(昭和・平成 年 月) 3.いずれもなし	
誘 因		1.ステロイド全身投与歴あり 2.アルコール愛飲歴あり 3.両方あり 4.両方なし			
ステロイド全身投与歴が ある場合		その対象疾患(最も重要なものを1つ) 1.SLE 2.RA 3.多発性筋炎・皮膚筋炎 4.MCTD 5.シェーグレン症候群 6.その他の膠原病() 7.ネフローゼ症候群 8.腎炎 9.腎移植 10.血小板減少性紫斑病 11.再生不良性貧血 12.肝炎 13.喘息 14.皮膚疾患 15.眼疾患 16.その他()			
		上記疾患の確定診断 1.あり(昭和・平成 年 月) 2.なし 3.不明			
		ステロイド投与期間 : (年 月間) 1日最大投与量 : () mg/日(プレドニゾロン換算)			
アルコール愛飲歴が ある場合		1日平均日本酒に換算して:() 合 飲 酒 歴 : () 年 (参考) アルコール量を換算すると ・ビール大瓶1本は、清酒一合とほぼ同じです ・ウイスキーダブル1杯は、清酒一合とほぼ同じです ・焼酎一合は、清酒一合半とほぼ同じです ・ワイン一合は、清酒一合とほぼ同じです			
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					

33 特発性大腿骨頭壊死症 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】

		右	左	注 解
診断時 所見 (最近 1年 以内 の 状 況)	X線所見: ① 骨頭圧潰 [crescent sign (骨頭軟骨下骨折線像)を含む]	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	・ 股関節の単純X線写真の正面像及び側面像より判定する。 ・ ①及び②のX線所見については、Stage 4 (変形性関節症に進行した時期)を除いて関節裂隙の狭小化がないこと、臼蓋には異常所見がないことを要する。
	② 骨頭内の帯状硬化像の形成	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	
	③ 骨シンチグラム: 骨頭の cold in hot 像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	
	④ MRI: 骨頭内帯状低信号像 (T1 強調像)	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	・ T1 強調画像でのいずれかの断面で、骨髄組織の正常信号域を分界する画像
	⑤ 骨生検標本: 修復反応層を伴う骨壊死像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	・ 連続した切片標本内に骨及び骨髄組織の壊死が存在し、健常域との界面に線維性組織や添加骨形成などの修復反応を認める像
(注) 診断の判定: 上記①~⑤の項目のうち、2つ以上を満たせば確定診断とする。				
病型分類	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	判定できれば記入のこと	
病期分類	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 正常	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 正常	判定できれば記入のこと	
全身骨シンチによる 大腿骨頭以外の骨壊死	1. あり (部位: 1. 肩関節 2. 膝関節 3. 足関節 4. その他 ()) 2. なし 3. 検査なし			

		右	左
治 療	治療法	1. 保存療法 2. 手術（過去6か月以内及び今後6か月以内） （平成 年 月）	1. 保存療法 2. 手術（過去6か月以内及び今後6か月以内） （平成 年 月）
	今回の手術術式	1. 骨切り術 2. 骨移植術 3. 人工骨頭置換 4. 人工関節置換 5. 人工骨頭再置換 6. 人工関節再置換 7. その他（ ）	1. 骨切り術 2. 骨移植術 3. 人工骨頭置換 4. 人工関節置換 5. 人工骨頭再置換 6. 人工関節再置換 7. その他（ ）
	以前の治療	1. 骨切り術・骨移植術あり 1. 骨切り術（昭和・平成 年 月） 2. 骨移植術（昭和・平成 年 月） 3. その他 2. 人工骨頭置換・人工関節置換あり 1. 人工骨頭置換（昭和・平成 年 月） 2. 人工関節置換（昭和・平成 年 月） 3. いずれもなし	1. 骨切り術・骨移植術あり 1. 骨切り術（昭和・平成 年 月） 2. 骨移植術（昭和・平成 年 月） 3. その他 2. 人工骨頭置換・人工関節置換あり 1. 人工骨頭置換（昭和・平成 年 月） 2. 人工関節置換（昭和・平成 年 月） 3. いずれもなし
誘 因		1. ステロイド全身投与歴あり 2. アルコール愛飲歴あり 3. 両方あり 4. 両方なし	
ステロイド全身投与歴がある場合		その対象疾患(最も重要なものを1つ) 1. SLE 2. RA 3. 多発性筋炎・皮膚筋炎 4. MCTD 5. シェーグレン症候群 6. その他の膠原病（ ） 7. ネフローゼ症候群 8. 腎炎 9. 腎移植 10. 血小板減少性紫斑病 11. 再生不良性貧血 12. 肝炎 13. 喘息 14. 皮膚疾患 15. 眼疾患 16. その他（ ）	
		上記疾患の確定診断 1. あり（昭和・平成 年 月） 2. なし 3. 不明	
		ステロイド投与期間 : (年 月間) 1日最大投与量 : () mg/日（プレドニゾロン換算）	
アルコール愛飲歴がある場合		1日平均日本酒に換算して：() 合 飲 酒 歴 : () 年 (参考) アルコール量を換算すると ・ビール大瓶1本は、清酒一合とほぼ同じです ・ウイスキーダブル1杯は、清酒一合とほぼ同じです ・焼酎一合は、清酒一合半とほぼ同じです ・ワイン一合は、清酒一合とほぼ同じです	
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			