

29 膿疱性乾癬 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)						
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 (続柄)	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) (最近 6 か月) 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】							
診 断 名	1. 汎発性膿疱性乾癬 2. 疱疹状膿痂疹 3. 稽留性肢端皮膚炎の汎発化 4. その他 ()						
経過 (申請時)	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 5. その他 ()						
先 行 し た 皮 膚 病 変	1. あり (1. 尋常性乾癬 2. 掌蹠膿疱症 3. 稽留性肢端皮膚炎 4. その他 ()) 2. なし						
再 燃 回 数	1. 初回 2. 再燃 () 回目の再燃						
発 症 の 誘 因	1. 上気道感染症 2. 妊娠 3. 薬剤 (1. 抗生剤 2. 副腎皮質ステロイド 3. その他 ()) 4. その他 () 5. 誘因なし						
合 併 症	1. 合併症あり () 2. 合併症なし						
臨 床 症 状	現 在 (平成 年 月)			発症時又は最も悪化時 (1. 昭和 2. 平成 年 月)			
紅 斑	1. ほぼ全身に及ぶ 2. 体表面積の50%前後 3. 一部の皮膚 4. なし			1. ほぼ全身に及ぶ 2. 体表面積の50%前後 3. 一部の皮膚 4. なし			
膿疱形成	1. ほぼ全身に及ぶ 2. 体表面積の50%前後 3. 一部の皮膚 4. なし			1. ほぼ全身に及ぶ 2. 体表面積の50%前後 3. 一部の皮膚 4. なし			
膿 海	1. あり 2. なし			1. あり 2. なし			
粘 膜 疹	1. あり 2. なし			1. あり 2. なし			
発 熱	1. 39℃以上 2. 38℃以上39℃未満 3. 38℃未満 4. なし			1. 39℃以上 2. 38℃以上39℃未満 3. 38℃未満 4. なし			
組織所見 (平成 年 月)							
皮膚組織検査実施	1. 実施 2. 実施せず	不全角化		1. あり 2. なし			
海綿様膿疱 (kogoj)	1. あり 2. なし	その他		1. あり 2. なし			
表皮肥厚	1. あり 2. なし						
血液検査所見 (平成 年 月)							
赤血球数 _____ ×10 ⁴ /mm ³	血清蛋白 _____ g/dl	血清アルブミン _____ g/dl					
白血球数 _____ /mm ³	I g G _____ mg/dl	A S L O _____ 倍					
赤 沈 _____ mm/60分	I g A _____ mg/dl	R A 1. 陽性 2. 陰性					
血 清 Ca _____ mg/dl	I g M _____ mg/dl	C R P _____ mg/dl					

除外診断 以下の疾患が除外できること				
①角層化膿疱症		1. 除外できる	2. 除外できない	
②膿疱型薬疹 (acute generalized exanthematous pustulosis を含む)		1. 除外できる	2. 除外できない	
③尋常性乾癬の一時膿疱化		1. 除外できる	2. 除外できない	
初期治療 (又は今後6か月以内に予定している治療)				治療効果
内服治療	①エトレチナート	1. あり () mg/日	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	②シクロスポリン	1. あり () mg/kg/日	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	③メトトレキサート	1. あり () mg/週	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	④副腎皮質ステロイド	1. あり (プレドニゾロン換算 mg/日)	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	⑤その他	1. あり (内容 処方量)	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
外用薬等	①副腎皮質ステロイド外用	1. あり	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	②活性ビタミンD3外用	1. あり	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	③光線療法	1. あり (1. PUVA 2. その他 ())	2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	④その他	1. あり (内容 処方量)	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				

29 膿疱性乾癬 臨床調査個人票

(2.更新)

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 2.平成	年	月	(満歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日
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		保険種別			
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 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()								

発症と経過 (具体的に記述) 【WISH入力不要】

診断名	1.汎発性膿疱性乾癬 2.疱疹状膿痂疹 3.稽留性肢端皮膚炎の汎発化 4.その他()								
経過(最近1年間)	1.治癒 2.軽快 3.不変 4.徐々に悪化 5.急速に悪化 5.その他()								
先行した皮膚病変	1.あり (1.尋常性乾癬 2.掌蹠膿疱症 3.稽留性肢端皮膚炎 4.その他()) 2.なし								
再発回数	1.なし 2.あり:1年間に()回再発								
	(再発の場合)再発の誘因 1.上気道感染症 2.妊娠 3.薬剤 (1.抗生剤 2.副腎皮質ステロイド 3.その他()) 4.その他() 5.誘因なし								
合併症	1.合併症あり() 2.合併症なし								
治療経過	1.経過観察のみ:期間()か月(再発を認めない連続する期間を記入のこと) 2.外用療法のみ:期間()か月 3.内服療法 治療内容の変更 (1.あり 2.なし)								
臨床症状	現在(最近1年間で最も悪化した時)								
紅斑	1.ほぼ全身に及ぶ 2.体表面積の50%前後 3.一部の皮膚 4.なし								
膿疱形成	1.ほぼ全身に及ぶ 2.体表面積の50%前後 3.一部の皮膚 4.なし								
膿海	1.あり 2.なし								
粘膜疹	1.あり 2.なし								
発熱	1.39℃以上 2.38℃以上39℃未満 3.38℃未満 4.なし								

血液検査所見 (平成 年 月)

赤血球数 _____ ×10 ⁴ /mm ³	血清蛋白 _____ g/dl	血清アルブミン _____ g/dl
白血球数 _____ /mm ³	I g G _____ mg/dl	A S L O _____ 倍
赤沈 _____ mm/60分	I g A _____ mg/dl	R A 1.陽性 2.陰性
血清 Ca _____ mg/dl	I g M _____ mg/dl	C R P _____ mg/dl

初期治療			治療効果
内服治療	①エトレチナート	1. あり () mg/日 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	②シクロスポリン	1. あり () mg/kg/日 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	③メトトレキサート	1. あり () mg/週 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	④副腎皮質ステロイド	1. あり (プレドニゾロン換算 mg/日) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	⑤その他	1. あり (内容 処方量) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
外用薬等	①副腎皮質ステロイド外用	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	②活性ビタミンD3外用	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	③光線療法	1. あり (1. PUVA 2. その他 ()) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	④その他	1. あり (内容 処方量) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
治療 (最近1年以内の状況)		現時点	治療効果
内服治療	①エトレチナート	1. あり () mg/日 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	②シクロスポリン	1. あり () mg/kg/日 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	③メトトレキサート	1. あり () mg/週 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	④副腎皮質ステロイド	1. あり (プレドニゾロン換算 mg/日) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	⑤その他	1. あり (内容 処方量) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
外用薬等	①副腎皮質ステロイド外用	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	②活性ビタミンD3外用	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	③光線療法	1. あり (1. PUVA 2. その他 ()) 2. なし	1. あり 2. なし 3. 不明
	④その他	1. あり (内容 処方量) 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			
医師の氏名			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 電話番号 () 記載年月日：平成 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 印 </div>			