

## 049 全身性エリテマトーデス

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

■ <診断のカテゴリー> (新規時・更新時ともに記載必須、いずれの時期でもよい)

確定：以下の所見のうち4項目以上を満たす場合、 全身性エリテマトーデスと診断する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
所見		
<input type="checkbox"/> 1. 顔面紅斑	<input type="checkbox"/> 2. 円板状皮疹	
<input type="checkbox"/> 3. 光線過敏症	<input type="checkbox"/> 4. 口腔内潰瘍または鼻咽腔潰瘍	
<input type="checkbox"/> 5. 関節炎 (2 関節以上で非破壊性)	<input type="checkbox"/> 6. 漿膜炎 (胸膜炎または心膜炎)	
<input type="checkbox"/> 7. 腎病変 (0.5g/日以上持続的蛋白尿か細胞性円柱の出現)		
<input type="checkbox"/> 8. 神経学的病変 (痙攣発作、精神障害)		
<input type="checkbox"/> 9. 血液学的異常		
<input type="checkbox"/> 溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1,500/mm <sup>3</sup> 以下のリンパ球減少	
<input type="checkbox"/> 4,000/mm <sup>3</sup> 以下の白血球減少	<input type="checkbox"/> 10万/mm <sup>3</sup> 以下の血小板減少	
<input type="checkbox"/> 10. 免疫学的異常		
<input type="checkbox"/> 抗2本鎖DNA抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗Sm抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体	<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント	
<input type="checkbox"/> 梅毒反応偽陽性		
<input type="checkbox"/> 11. 抗核抗体陽性		

■ 重症度分類に関する事項 (直近6か月間の最重症時の状態)

SLEDAI スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点
重症度判定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
痙攣	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
器質的脳障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
脳神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)

ループス頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり (8 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
脳血管障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
血管炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (8 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (4 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
筋炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (4 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
尿円柱	<input type="checkbox"/> 1. あり (4 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
血尿	<input type="checkbox"/> 1. あり (4 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
蛋白尿	<input type="checkbox"/> 1. あり (4 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
膿尿	<input type="checkbox"/> 1. あり (4 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
新たな皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
脱毛	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
粘膜潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
胸膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
心膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
低補体血症	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
抗 DNA 抗体上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
38 度以上の発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
血小板減少	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)
白血球減少	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0 点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点)

■ その他の臨床情報

A. 補足的な所見 (いずれの時期でもよい)

<input type="checkbox"/> 1. 急性皮膚ループス (光線過敏症、頬部紅斑以外)	<input type="checkbox"/> 3. 破壊性関節炎	<input type="checkbox"/> 4. 脱毛
<input type="checkbox"/> 2. 慢性皮膚ループス (円板状皮疹以外)	<input type="checkbox"/> 6. 低補体血症	
<input type="checkbox"/> 5. 直接 Coombs 陽性 (溶血性貧血なし)		
<input type="checkbox"/> 7. 神経学的異常 (他の原因によることを除外した次の病態：多発性単神経炎、脊髄炎、脳神経障害、急性錯乱状態)		
<input type="checkbox"/> 8. その他の自己抗体		
<input type="checkbox"/> 1. 抗 RNP 抗体	<input type="checkbox"/> 2. 抗 SS-A 抗体	<input type="checkbox"/> 3. 抗 SS-B 抗体
<input type="checkbox"/> 9. 発熱		

B. 腎病理組織検査 (全経過で最新の検査結果)

実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
腎生検所見	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
	ISN/RPS 分類		型

C. 合併症 (いずれの時期でもよい)

悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
圧迫骨折	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
骨壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
播種性血管内凝固異常症 (DIC)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

D. 治療その他（最近1年間に実施した全ての治療）

薬物療法	
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	プレドニゾロン換算最大量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	投与薬剤
	<input type="checkbox"/> 1. MMF <input type="checkbox"/> 2. タクロリムス <input type="checkbox"/> 3. ミゾリビン <input type="checkbox"/> 4. シクロホスファミド <input type="checkbox"/> 5. メトトレキサート <input type="checkbox"/> 6. ベリムマブ <input type="checkbox"/> 7. その他
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他	
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

■ 特記事項（その他の所見等がある場合に記載） \*250文字以内かつ7行以内

--

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。