

## 046 悪性関節リウマチ

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<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"/>							
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							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	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			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

診断

関節リウマチ分類基準	1987年改訂 ARA分類基準	<input type="checkbox"/> 1. 満たす <input type="checkbox"/> 2. 満たさない <input type="checkbox"/> 3. 不明
	2010年 ACR/EULAR分類基準	<input type="checkbox"/> 1. 満たす <input type="checkbox"/> 2. 満たさない <input type="checkbox"/> 3. 不明
悪性関節リウマチの診断根拠	<input type="checkbox"/> 1. 臨床症状3項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 臨床症状1項目以上と組織所見	
悪性関節リウマチの診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	

A. 主要所見（#は厚生労働省診断基準の主要症候）（発症時あるいは最重症時）

多発性 神経炎(1) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	皮膚潰瘍 (2) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚梗塞 (含爪 床部) (2) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	指趾壊疽 (2) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
皮下結節 (3) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	上強膜炎 (4) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
虹彩炎 #・ ぶどう膜炎 (4)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	滲出性 胸膜炎(5) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
心膜炎 (心嚢炎) (5) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	心筋炎(6) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

間質性肺炎 #・肺線維症 (7) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	心筋梗塞 #・虚血性 心疾患(8) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
発熱	38 度以上の発熱が 2 週間以上継続	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
肺血栓 塞栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	心不全兆候 (NYHA II 度 以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
呼吸不全	<input type="checkbox"/> 1. 高度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 軽度 <input type="checkbox"/> 4. なし <input type="checkbox"/> 5. 不明		
PaO <sub>2</sub> (室内気・安静時)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr		
便潜血反応 陽性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	消化管出血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
腸閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
1 肢以上の機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
大関節の腫脹または 圧痛 #	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 箇所		
小関節の腫脹または 圧痛 #	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 箇所		
その他の臓器梗塞(8) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	部位		
その他の臓器障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	部位		
関節リウマチの分類 (Steinbrocker の分類)			
X 線上病期分類の ステージ	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV		
機能障害度分類の クラス	<input type="checkbox"/> 1. 1 <input type="checkbox"/> 2. 2 <input type="checkbox"/> 3. 3 <input type="checkbox"/> 4. 4		

B. 検査所見（#は厚生労働省診断基準の検査項目）（発症時あるいは最重症時）

\*小数点も1文字として記入する

血液検査						
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L					
	白血球増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
赤沈	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr					
	赤沈値の亢進	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL					
	CRP 上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL					
抗 CCP 抗体(9) #	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL					
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL				
RAPA・RF(9) #	第1回 RAPA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍			第1回 RF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	第2回 RAPA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍			第2回 RF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	RAPA 2560 倍以上 (2 回以上)		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	RF 960IU/mL 以上 (2 回以上)		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
血清低補体価 (10) #	第1回 CH50	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL				
	第2回 CH50	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL				
	血清補体価低下 2 回以上		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
免疫複合体(10) (固相化C1q法) #	第1回免疫複合体		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL			
	第2回免疫複合体		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL			
	血中免疫複合体陽性 2 回以上		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
抗核抗体	第1回抗核抗体		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍			
	第2回抗核抗体		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍			
	抗核抗体陽性 2 回以上		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			

病理組織検査（新規）	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	実施日      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
部位	
小／中動脈所見	<input type="checkbox"/> 1. 壊死性血管炎 <input type="checkbox"/> 2. 肉芽腫性血管炎 <input type="checkbox"/> 3. 閉塞性内膜炎 <input type="checkbox"/> 4. 不明

C. 鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 1. 感染症 <input type="checkbox"/> 2. 続発性アミロイドーシス <input type="checkbox"/> 3. 薬剤副作用 <input type="checkbox"/> 4. フェルティール症候群
合併する 膠原病など	<input type="checkbox"/> 1. 関節リウマチ（RA）以外の膠原病 <input type="checkbox"/> 2. シェーグレン症候群 <input type="checkbox"/> 3. 乾癬性関節炎 <input type="checkbox"/> 4. 痛風

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> ACR/EULAR による関節リウマチの分類基準 2010 年を満たし、主要／検査所見(1)～(10)のうち 3 項目以上を満たすもの
<input type="checkbox"/> ACR/EULAR による関節リウマチの分類基準 2010 年を満たし、主要／検査所見(1)～(10)の 1 項目以上と、病理組織検査の小／中動脈所見において 1～3 のいずれかを認めるもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250 文字以内かつ 7 行以内

--

■ 発症と経過

経過の状態 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. 軽快 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 4. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入
最近1年間の変化 (更新)	<input type="checkbox"/> 1. 原疾患は活動性なく経過し免疫抑制療法等の維持または減量を行った。 <input type="checkbox"/> 2. 原疾患に対し外来で免疫抑制療法を強化した。 <input type="checkbox"/> 3. 原疾患に対し入院で免疫抑制療法を強化した。 <input type="checkbox"/> 4. 合併症のため入院した。 <input type="checkbox"/> 5. その他の変化
	*4を選択の場合、以下に記入
	*5を選択の場合、以下に記入

■ 治療その他

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
合成抗リウマチ薬1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	薬剤名
	最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
単位	

合成抗リウマチ薬2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
生物学的製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 皮下注 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2 週 <input type="checkbox"/> 4. /月 <input type="checkbox"/> 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
非ステロイド系抗炎症薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
アフェレーシス		
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	

外科的治療		
悪性関節リウマチに 起因する臨床症状に 対する外科的治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
	術式	
指・趾切断	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
	術式	

■ 重症度分類に関する事項

悪性関節リウマチの重症度分類	
<input type="checkbox"/> 1度	免疫抑制療法（副腎皮質ステロイド、免疫抑制薬の投与）なしに1年以上活動性血管炎症状（皮下結節や皮下出血などは除く）を認めない寛解状態にあり、血管炎症状による非可逆的な臓器障害を伴わない患者
<input type="checkbox"/> 2度	血管炎症状（皮膚梗塞・潰瘍、上強膜炎、胸膜炎、間質性肺炎など）に対し免疫抑制療法を必要とし、定期的な外来通院を要する患者、もしくは血管炎症状による軽度の非可逆的な臓器障害（末梢神経炎による知覚障害、症状を伴わない肺線維症など）を伴っているが、社会での日常生活に支障のない患者
<input type="checkbox"/> 3度	活動性の血管炎症状（皮膚梗塞・潰瘍、上強膜炎、胸膜炎、心外膜炎、間質性肺炎、末梢神経炎など）が出没するために免疫抑制療法を必要とし、しばしば入院を要する患者、もしくは血管炎症状による非可逆的臓器障害を伴い社会での日常生活に支障のある患者
<input type="checkbox"/> 4度	活動性の血管炎症状（発熱、皮膚梗塞・潰瘍、上強膜炎、胸膜炎、心外膜炎、間質性肺炎、末梢神経炎など）のために、3か月以上の入院を強いられている患者、もしくは血管炎症状によって非可逆的関節外症状を伴い家庭での日常生活に支障のある患者
<input type="checkbox"/> 5度	血管炎症状による重要臓器の非可逆的障害を伴い、家庭内の日常生活に著しい支障があり、常時入院治療、あるいは絶えざる介護を要する患者

■ 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	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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
診断年月日	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、診断基準上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。）
- ・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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。