

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"/>	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"/>							
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 ³ 以下のリンパ球減少	
<input type="checkbox"/> 4,000/mm ³ 以下の白血球減少	<input type="checkbox"/> 10万/mm ³ 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
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。
- ・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。