

## 051 全身性強皮症

## ■ 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							
	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

A. 症状

診断年月	診断時または最重症時	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月								
皮膚症状																		
手指あるいは足趾を越える皮膚硬化		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
手指あるいは足趾に限局する皮膚硬化		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
手指尖端の陥凹性癬痕		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
指腹の萎縮		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
爪上皮内出血点		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
手指足趾潰瘍		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
潰瘍		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明											
皮膚硬化（スキンスコア）																		
手指	右	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	左	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3

手背	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
前腕	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
上腕	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
顔		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	前胸部	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
腹部		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3					
大腿	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
下腿	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
足背	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
心・循環器症状										
伝導異常		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
不整脈		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
呼吸苦		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
動悸		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
狭心痛		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
易疲労感		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
呼吸器症状										
両側性肺基底部の肺線維症		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	%VC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	
間質性肺炎		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明	%VC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	
主要臓器障害										
強皮症腎クリーゼ		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
肺高血圧症		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
シェーグレン症候群		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
溶血性尿毒毒症候群		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						
抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 関連糸球体腎炎		<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明						

B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

尿検査	1日蛋白量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/日	
血液検査	血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	
	抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗 Scl-70 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗セントロメア抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	抗 U1-RNP 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	その他の自己抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
		自己抗体名		
胸部 HRCT 検査	両側下肺野の間質性陰影	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
心臓超音波検査		<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
病理組織検査	実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	皮膚病理所見 (前腕伸側)	<input type="checkbox"/> 1. 硬化あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 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. 限局性強皮症	<input type="checkbox"/> 2. 外傷による手指の循環障害		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1 : 以下の大基準を満たす <input type="checkbox"/> Definite 2 : 以下の小基準の1と2~4の1項目以上を満たす	
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	
大基準：手指あるいは足趾を越える皮膚硬化 *限局性強皮症（いわゆるモルフィア）を除外する	
小基準	<input type="checkbox"/> 1. 手指あるいは足趾に限局する皮膚硬化 <input type="checkbox"/> 2. 手指尖端の陥凹性瘢痕、あるいは指腹の萎縮 <small>*手指の循環障害によるもので、外傷などによるものを除く</small> <input type="checkbox"/> 3. 両側性肺基底部の肺線維症 <input type="checkbox"/> 4. 次のいずれかの抗体が陽性 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> 抗 Scl-70 抗体           <input type="checkbox"/> 抗セントロメア抗体         </div> <input type="checkbox"/> 抗 RNA ポリメラーゼ III 抗体

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（新規）

既往歴	
吸収不良症候群を伴う偽性腸閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

■ 治療その他

薬物療法	
局所薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
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

免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名（自由記載） *50 文字以内かつ 3 行以内		
	最大投与量	<input type="text"/> <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	
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		
	薬剤名（自由記載） *50 文字以内かつ 3 行以内		
	最大投与量	<input type="text"/> <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	
プロスタサイクリン	<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	
ACE 阻害剤	<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	
その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名（自由記載） *50 文字以内かつ 3 行以内		
	最大投与量	<input type="text"/> <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	
QOL			
在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
強皮症腎クリーゼに伴う透析	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
心伝導障害に伴うペースメーカー装着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
運動障害による車椅子生活 または起立不能	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
仮性腸閉塞及び摂食障害による在宅 IVH 療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		

■ 重症度分類に関する事項

重症度	
1. 皮膚	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
2. 肺	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
3. 心臓	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
4. 腎	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
5a. 上部消化管	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
5b. 下部消化管	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe

■ 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"/>	<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。
- ・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。