

055 再発性多発軟骨炎

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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						
発症時期	西暦	<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						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1 : A. 症状の 1 から 6 のうち 3 項目以上を満たす
<input type="checkbox"/> Definite 2 : A. 症状の 1 から 6 のうち 1 項目以上を満たし、確定的な組織所見が得られる
<input type="checkbox"/> Definite 3 : A. 症状が解剖学的に離れた 2 か所以上で陽性で、ステロイド/ダブソン治療で改善
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

診断時症状 (新規)			
診察日	西暦	年	月 日
1. 耳介軟骨炎 (両側性)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	2. 非びらん性、血清陰性、炎症性多発性関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 鼻軟骨炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
4. 眼の炎症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 角膜炎	<input type="checkbox"/> 強膜炎 <input type="checkbox"/> 上強膜炎 <input type="checkbox"/> ぶどう膜炎
	視力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
5. 気道軟骨炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	6. 蝸牛あるいは前庭機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

B. 検査所見

生検病理所見	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 西暦 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
再発性多発軟骨炎に伴う所見 (耳、鼻、気道など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	採取部位
	所見



再発性多発軟骨炎に起因する以下の症状が存在する場合はすべて重症	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 心血管症状（心膜炎、心筋炎、弁膜症および血管炎を含む何らかの血管障害）		
<input type="checkbox"/> 神経症状（末梢神経障害、中枢神経症状）		
<input type="checkbox"/> 呼吸器症状（呼吸不全の有無は問わない）		

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内



■ その他の事項

ア. 症状

診断時症状 (新規)			
診察日	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		
皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腎炎・腎不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
心血管疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
血液疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
その他の症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

最近の所見 (更新時は最近1年以内の状況)			
診察日	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		
発熱 (38 度以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
1. 耳介軟骨炎 (両側性)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	2. 非びらん性、血清陰性、炎症性多発性関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 鼻軟骨炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

4. 眼の炎症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	<input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 角膜炎 <input type="checkbox"/> 強膜炎 <input type="checkbox"/> 上強膜炎 <input type="checkbox"/> ぶどう膜炎			
	視力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
5. 気道軟骨炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	6. 蝸牛あるいは 前庭機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腎炎・腎不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	疾患名			
心血管疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	疾患名			
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	疾患名			
血液疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	疾患名			
その他の症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	内容			
合併症				
高血圧症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	内容			

イ. 検査所見

血液検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	年 月 日
白血球	/ μ L		
好酸球	%		
赤沈 (1時間)	mm	CRP	mg/dL
MMP-3	ng/mL	抗タイプ II コラーゲン抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
画像所見			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	年 月 日
胸部 CT/MRI	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
頭頸部 CT/MRI	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
腹部 CT/MRI	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
気管支鏡	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
心エコー	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
腹部エコー	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
造影検査	再発性多発軟骨炎に伴う所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位		

ウ. 発症と経過

初発症状 (新規)			
診察日	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
軟骨炎 (耳介、両側性)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	気道軟骨炎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
軟骨炎 (鼻)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	蝸牛あるいは 前庭機能障害 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	皮膚病変 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
腎炎・腎不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
眼病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	視力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	疾患名		
心血管疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
中枢神経疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
血液疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名		
その他の症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
病態			
臨床経過	<input type="checkbox"/> 1. 寛解 <input type="checkbox"/> 2. 再燃緩解型 <input type="checkbox"/> 3. 慢性持続型 <input type="checkbox"/> 4. 急性悪化型 <input type="checkbox"/> 5. その他不明		

入院回数	現施設	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回	他施設	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回
	合計	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回			

エ. 治療その他

現在の治療（新規は初診時の治療）						
内科的治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	免疫抑制剤		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"/>		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	
	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	その他の治療		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"/>		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		
外科的治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開		<input type="checkbox"/> 2. BIPAP 導入		<input type="checkbox"/> 3. ステンツ挿入	
	<input type="checkbox"/> 4. 心血管合併症に対する手術		<input type="checkbox"/> 5. その他			
	手術理由					
	手術日		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	
	術式					
	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし			
術後合併症		内容				

■ 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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	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	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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"/>			
有効期限	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	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 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