臨床調査個人票

7	新規		更新
_	7171794	\Box	<i>></i>

107-2 若年性特発性関節炎 (関節型若年性特発性関節炎)

■ 行政記載欄

基本情報 単位(次字) 名 (カマな) 名 (東宇) 世界日 西暦 年 月 日 *以降、数字は右詰めで記入 性別 1.男 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) 素能者続所 日、あり 2.なし 3.不明 素能者続所 日、人 2.母 3.子 4.同胞 (男性) 「1.女 2.母 3.子 1.4.同胞 (男性) 4.同胞 (男性) 「5.同胞 (女性) 6.祖父 (父方) 7.祖母 (父方) 7.祖母 (父方) 「1.その他 *11を選択の場合、以下に記入 発症年月 四暦 年 月	■ 11以記載/欄									
姓 (かな) 名 (かな) 姓 (漢字) 名 (かな) 生年月日 四暦	受給者番号					判定結果	□ 認定			不認定
# (漢字) 名 (漢字)	■ 基本情報									
 郵便番号 住所 生年月日 西暦 日 <	姓 (かな)					名 (かな)				
住所 生年月日 西暦	姓 (漢字)					名(漢字)				
生年月日 西暦 年 月 日 *以降、数字は右詰めで記入 性別 1. 男 2. 女 出生市区町村 名 (かな) 名 (かな) 姓(漢字) 名 (漢字) 「1. あり 2. なし 3. 不明 発症者続柄 3. 子 4. 同胞 (男性) 「5. 同胞 (女性) 6. 祖父 (父方) 7. 祖母 (父方) 「8. 祖父 (母方) 9. 祖母 (母方) 10. いとこ 「11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入 続柄	郵便番号									
性別 1. 男 2. 女 出生市区町村 姓 (かな) 名 (かな) 出生時氏名 (変更のある場合) 女 (漢字) 名 (漢字) □ 1. あり □ 2. なし □ 3. 不明 発症者続柄 □ 1. 父 □ 2. 母 □ 3. 子 □ 4. 同胞 (男性) □ 5. 同胞 (女性) □ 6. 祖父 (父方) □ 7. 祖母 (父方) □ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入 続柄	住所									
出生市区町村 出生時氏名 (変更のある場合) 姓(漢字) 「 1. あり 「 2. なし 「 3. 不明	生年月日		西暦		年	月		日		数字は右詰めで
出生時氏名 (変更のある場合) 姓 (かな) 名 (かな) 姓 (漢字) 名 (漢字) 二 1. あり 2. なし 3. 不明 発症者続柄 1. 父 2. 母 4. 同胞 (男性) 二 5. 同胞 (女性) 6. 祖父 (父方) 7. 祖母 (父方) 二 8. 祖父 (母方) 9. 祖母 (母方) 10. いとこ 二 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入 続柄	性別		□ 1. 男	□ 1. 男 □ 2. 女						
世代名 (変更のある場合) 対 (漢字)	出生市区町村									
女(漢字) 名(漢字) 1. あり 2. なし 3. 不明 発症者続柄 1. 父 2. 母 3. 子 4. 同胞(男性) 5. 同胞(女性) 6. 祖父(父方) 7. 祖母(父方) 8. 祖父(母方) 9. 祖母(母方) 10. いとこ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入	出生時氏名		姓 (かな)				名 (かな)			
発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 *11を選択の場合、以下に記入	(変更のある場合	合)	姓(漢字)				名(漢字)			
1.父			□ 1. あり			□ 2.なし			3. 不明	
1.父			発症者続柄							
家族歴			□ 1.父		2.	<u>D</u> :	□ 3.子		4	. 同胞(男性)
□ 8. 祖父 (母方) □ 9. 祖母 (母方) □ 10. いとこ □ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入 続柄	家族歴		□ 5. 同胞(女性) □ 6. 祖父(父方) □ 7. 祖母			7. 祖母	(父方)			
続柄			□ 8. 祖父(母方) □ 9. 祖母(母方) □ 10. いとこ							
			□ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
発症年月 月			続柄							
	発症年月		西暦		年	月 日				

社会保障	社会保障						
介護認定	□ 1. 要介護	□ 2. 要支持	爰 :	3.なし			
要介護度	1	2 3	4	<u> </u>			
生活状況							
移動の程度	□ 1.歩き回るのに限		□ 2.いくらか問題	重がある			
	[3. 寝たきりである	D					
身の回りの管理	□ 1. 洗面や着替えば □ 3. 自分でできない		□ 2.いくらか問題	質がある			
	□ 3. 日分でできなV						
	□ 1.問題はない		□ 2.いくらか問題	重がある			
ふだんの活動	□ 3. 行うことができ	きない					
痛み/不快感	□ 1.ない	□ 2. 中程原	度ある :	3. ひどい			
	□ 1.問題はない		□ 2. 中程度				
不安/ふさぎ込み	□ 3. ひどく不安ある	らいはふさぎ込んで	いる				
■ 診断基準に関する A. 症状	項						
1.16 歳の誕生日以前に 持続する慢性の関節	こ発症した 6 週間以上 i炎	□ 1. 該当	□ 2. 非該当	□ 3. 不明			
2. 以下のいずれかの症	候を伴う	□ 1. 該当	2. 非該当	□ 3. 不明			
□ a. 発症 6 か月.	以内の炎症関節が 1~4	か所に限局し、全組	圣過を通して 4 か所以	下の関節炎			
□ b. 発症 6 か月 /	以内の炎症関節が 1~4	か所に限局し、発症	±6か月以降に5か所	以上に関節炎			
がみられる							
□ c. 発症 6 か月.	以内の炎症関節が 5 から	所以上に及ぶ関節炎					
B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する							
1. HLA-B27 が陰性である							
2. リウマトイド因子が陰性である 1. 該当 2. 非該当 3. 不明							
3.3 か月以上の期間をおいて少なくとも 2 回以上リウマトイド因子が陽性である 1. 該当 2. 非該当 3. 不明							
	4. 少なくとも 1 つ以上の画像所見で関節炎を反映した所見または関節破壊像を認める						

血液検査(直近6か月間の最重症時の状態)						
CRP	mg/dL					
Ciu	CRP 上昇	□ 1.あり □ 2.なし				
赤沈	mm/h					
WAYE	赤沈値の亢進	□ 1.あり □ 2.なし				
MMP-3		ng/mL				
MINI O	MMP−3 値の上昇	□ 1.あり □ 2.なし				
抗核抗体	□ 1. 陽性 □ 2.	陰性 倍 倍				
画像検査						
	□ 1. 単純 X 線	□ 2. CT □ 3. MRI				
検査の種類	□ 4. 関節超音波	□ 5. その他 *5 を選択の場合、以下に記入				
	その他の検査					
	□ 1. 滑液貯留	□ 2. 滑膜肥厚 □ 3. 骨髄浮腫				
 所見	□ 4. 血流増加	□ 5. 関節破壊 *5 を選択の場合、以下に記入				
7万元	関節破壊像	a. 関節裂隙狭小化 b. 関節強直				
		□ c. 関節亜脱臼/脱臼 □ d. 骨びらん				
C. 鑑別診断						
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。 □ 1.全て除外可 □ 2.除外不可 □ 3.不明						
関節リウマチ 乾癬性関節炎 付着部炎関連関節炎						
□ 他のリウマチ性疾	□ 他のリウマチ性疾患 □ 血管炎症候群 □ 感染症 □ 炎症性腸疾患					
思性疾患	□ 悪性疾患 □ キャッスルマン病 □ 自己炎症性疾患					

く診断のカテコリー>								
Definite (持続型少国 除外したもの	関節炎): Aの	1および2aと、	Bの1. 2. 4を	満たし、Cの鑑別	すべき疾患を			
Definite (進展型少層 除外したもの	関節炎): Aの	1および2bと、	Bの1. 2. 4を	満たし、Cの鑑別	すべき疾患を			
□ Definite (リウマト/ Cの鑑別すべき疾患を			および2cと、	Bの1.2.4.を	満たし、			
	□ Definite (リウマトイド因子陽性多関節炎): Aの1および2cと、Bの1. 3. 4. を満たし、○ Cの鑑別すべき疾患を除外したもの							
□ Probable: それぞれの	つ Definite の	基準において、E	3の4を満たさな	といもの				
□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					
■ 治療その他								
薬物療法(使用経験のある	5薬剤) 	<u> </u>						
NSAID	投与状況	1. 未実施	2. 継続	3. 中止				
	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化			
ステロイド	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2. 継続	□ 3. 中止				
7) 17 [効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3.無効	□ 4. 悪化			
ا للاحد، ا ا ا ار	投与状況	□ 1. 未実施	2. 継続	□ 3. 中止				
メトトレキサート	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化			
2/407481111	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止				
シクロスポリン	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化			
h h - 11) -	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止				
タクロリムス	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化			

サラゾスルファピリ	投与状況	□ 1. 未実施	2. 継続	□ 3. 中止	
ジン	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3.無効	□ 4. 悪化
イグラチモド	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
1/7741	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化
エタネルセプト	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
エクイルピノト	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3.無効	□ 4. 悪化
アダリムマブ	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
79947	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化
トシリズマブ	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3.無効	□ 4. 悪化
インフリキシマブ	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
70794077	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化
ゴリムマブ	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化
セルトリツマブペゴル	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
2/2 1/9 2 4 2 1 1 2 1 2 1	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化
アバタセプト	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
7717 67 1	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化
トファシチニブ	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3.無効	□ 4. 悪化
バリシチニブ	投与状況	□ 1. 未実施	□ 2.継続	□ 3. 中止	
<u> </u>	効果	□ 1. 著効	□ 2. 有効	□ 3. 無効	□ 4. 悪化

■ 重症度分類に関する事項

関節型若年性特発性関節炎の重症度判定

寛解基準を満たさず、下記のいずれかを満た	すものを対象とする	□ 1.該当	□ 2. 非該当				
□ 1.若年性関節炎の活動性評価指数 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score-27) を用いて中等度以上 (2.1以上) の疾患活動性を認めるもの							
□ 2.modified Rankin Scale (mRS) の評価	スケールで3以上						
寛解基準							
医師が寛解と判断し、治療中に以下のすべて 上連続するもの	の状態が直近の6か月以	□ 1.該当	□ 2. 非該当				
□ 1.活動性関節炎がない							
□ 2.活動性ぶどう膜炎がない							
□ 3. 赤沈値正常* または CRP<0. 3mg/dL *正常値: [50 歳未満] 男性≦15mm/h	□ 3. 赤沈値正常* またはCRP<0. 3mg/dL*正常値: [50 歳未満] 男性≤15mm/h 女性≤20mm/h、[50 歳以上] 男性≤20mm/h 女性≤30mm/h						
□ 4. 朝のこわばりが 15 分以下							
活動性評価指数(Juvenile Arthritis Diseas	e Activity Score (JADAS	2)-27)					
1.評価者による全般評価 (VAS) (0-10cm)	cm						
2. 患者による全般評価 (VAS) (0-10cm)	cm						
3. 活動性関節炎数(0-27)		節図の 27 関節(■) <i>0</i> 場合、伸展負荷にてタ	D圧痛又は腫脹の関節 痛みがある関節				
4. 標準化赤沈値(0-10)							
* 20mm/h 未満=0、120mm/h 以上=10	*(赤沈値	(mm/h) - 20)) ÷10				
合計(1~4の数値の総和)							
疾患活動性の基準							
	□ 1. 低疾患活動性(JADAS-27 1.1∼2	. 0)				
国際小児リウマチ専門委員会による国際基準 (JADAS-27) による評価	□ 2. 中疾患活動性(JADAS-27 2. 1~4. 2)						
	□ 3. 高疾患活動性(JADAS-27 4.2以	上)				

機能障害評価指	汉 (modified Kankin Scale	(mRS))						
□ 0. まったく症候がない								
□ 1. 症候はあっても明らかな障害はない(日常の勤めや活動は行える)								
□ 2. 軽度の障	□ 2. 軽度の障害							
(発症以前	ĵの活動がすべて行えるわけ [~]	ではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える)						
3. 中等度の	障害(何らかの介助を必要	とするが、歩行は介助なしに行える)						
□ 4. 中等度か	いら重度の障害(歩行や身体	的要求には介助が必要である)						
□ 5. 重度の障	筐害(寝たきり、失禁状態、(常に介護と見守りを必要とする)						
■ 人工呼吸器	こ関する事項(使用者のみ記	<u>2</u> 入)						
使用の有無	□ 1. あり							
開始時期	西暦	年 月						
離脱の見込み	□ 1. あり	2. なし						
任业	□ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器							
種類	□ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器							
施行状況	□ 1. 間欠的施行	□ 2. 夜間に継続的に施行						
加114人亿	□ 3. 一日中施行	□ 4. 現在は未施行						
	食事	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助						
	車椅子とベッド間の移動	□ 自立 □ 軽度介助						
		□ 部分介助 □ 全介助						
	整容	□ 自立 □ 部分介助/不可能						
生活状況	トイレ動作	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助						
	入浴	□ 自立 □ 部分介助/不可能						
	IEAT.	□ 自立 □ 軽度介助						
	歩行	□ 部分介助 □ 全介助						
	階段昇降	□ 自立 □ 部分介助 □ 不能						
	着替え	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助						

H-75,12,70	排便コントロール	□ 自立	□ 部分介助	□ 全介助
生活状況	排尿コントロール	□ 自立	□ 部分介助	□ 全介助
医療機関名				
指定医番号				
医療機関所在地				
電話番号			*ハイフンを	≧除き、左詰めで記入
医師の氏名			印 ※É	1筆または押印のこと
記載年月日	西曆	年 月 月	Ħ	
診断年月日	西暦	年	Image: section of the content of the	

- ・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ます。)
- ・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。