

107-2 若年性特発性関節炎  
(関節型若年性特発性関節炎)

## ■ 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 (持続型少関節炎) : Aの1)および2)a と、Bの1)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患除外したもの
<input type="checkbox"/>	Definite (進展型少関節炎) : Aの1)および2)b と、Bの1)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患除外したもの
<input type="checkbox"/>	Definite (リウマトイド因子陰性多関節炎) : Aの1)および2)c と、Bの1)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/>	Definite (リウマトイド因子陽性多関節炎) : Aの1)および2)c と、Bの2)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/>	Probable : それぞれのDefinite の基準において、Bの3)を満たさないもの
<input type="checkbox"/>	いずれにも該当しない

A. 症状

1) 16歳の誕生日以前に発症した6週間以上持続する慢性の関節炎	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2) 以下のいずれかの症候を伴う	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> a. 発症6か月以内の炎症関節が1~4か所に限局し、全経過を通して4か所以下の関節炎 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> c. 発症6か月以内の炎症関節が5か所以上に及ぶ関節炎			

B. 検査所見

1) リウマトイド因子が陰性である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2) 3か月以上の期間において少なくとも2回以上リウマトイド因子が陽性である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3) 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	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
画像検査			
検査の種類	<input type="checkbox"/> 1. 単純X線	<input type="checkbox"/> 2. CT	<input type="checkbox"/> 3. MRI
	<input type="checkbox"/> 4. 関節超音波	<input type="checkbox"/> 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入	
	その他の検査		

所見	<input type="checkbox"/> 1. 滑液貯留 <input type="checkbox"/> 2. 滑膜肥厚 <input type="checkbox"/> 3. 骨髄浮腫 <input type="checkbox"/> 4. 血流増加 <input type="checkbox"/> 5. 関節破壊 *5 を選択の場合、以下に記入	
	<table border="1"> <tr> <td>関節破壊像</td> <td> <input type="checkbox"/> a. 関節裂隙狭小化      <input type="checkbox"/> b. 関節強直  <input type="checkbox"/> c. 関節亜脱臼/脱臼      <input type="checkbox"/> d. 骨びらん </td> </tr> </table>	関節破壊像
関節破壊像	<input type="checkbox"/> a. 関節裂隙狭小化 <input type="checkbox"/> b. 関節強直 <input type="checkbox"/> c. 関節亜脱臼/脱臼 <input type="checkbox"/> 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。	<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"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 乾癬性関節炎 <input type="checkbox"/> 付着部炎関連関節炎 <input type="checkbox"/> 他のリウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 血管炎症候群 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> 悪性疾患 <input type="checkbox"/> キャッスルマン病 <input type="checkbox"/> 自己炎症性疾患	

**■ 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	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. modified Rankin Scale (mRS) の評価スケールで3 以上	

**寛解基準 \*小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する**

医師が寛解と判断し、治療中に以下のすべての状態が直近の6 か月以上連続するもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. 活動性関節炎がない <input type="checkbox"/> 2. 活動性ぶどう膜炎がない <input type="checkbox"/> 3. 赤沈値正常* または CRP<0.3mg/dL <small>*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</small> <input type="checkbox"/> 4. 朝のこわばりが 15 分以下	
血液検査	
赤沈	<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

活動性評価指数 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS)-27)

1. 評価者による全般評価 (VAS) (0-10cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
2. 患者による全般評価 (VAS) (0-10cm)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
3. 活動性関節炎数 (0-27)	<input type="text"/> <input type="text"/> *JADAS-27 関節図の 27 関節(■)の腫脹のある関節。 腫脹がない場合は痛みによる可動域制限がある関節
4. 標準化赤沈値 (0-10) * 20mm/h 未満=0、120mm/h 以上=10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
合計 (1~4 の数値の総和)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

疾患活動性の基準

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	<input type="checkbox"/> 1. 低疾患活動性 (JADAS-27 1.1~2.0) <input type="checkbox"/> 2. 中疾患活動性 (JADAS-27 2.1~4.2) <input type="checkbox"/> 3. 高疾患活動性 (JADAS-27 4.2 以上)
---------------------------------------	--

機能障害評価指数 (modified Rankin Scale (mRS))

<input type="checkbox"/> 0. まったく症候がない <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 2. 軽度の障害 (発症以前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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 4. 中等度から重度の障害 (歩行や身体的要求には介助が必要である) <input type="checkbox"/> 5. 重度の障害 (寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする)
---

■ 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

検査所見 (新規)

血液検査 (直近6か月間の最重症時の状態)	
MMP-3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	MMP-3 値の上昇 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
HLA-B27	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性

治療その他

薬物療法 (使用経験のある薬剤)	
NSAID	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
ステロイド	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
メトトレキサート	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
シクロスポリン	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
タクロリムス	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
サラゾスルファピリジン	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
イグラチモド	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化
エタネルセプト	投与状況 <input type="checkbox"/> 1. 未実施 <input type="checkbox"/> 2. 継続 <input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果 <input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 無効 <input type="checkbox"/> 4. 悪化

アダリムマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
トシリズマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
インフリキシマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
ゴリムマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
セルトリツマブペゴル	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
アバタセプト	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
トファシチニブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効
バリシチニブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 未実施	<input type="checkbox"/> 2. 継続	<input type="checkbox"/> 3. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効

■ 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"/>
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